FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911 — **THÈSE** — N·

POUR

le Doctorat en Médecine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Phlegmons ligneux de Reclus

PAR

GEORGES-ANDRÉ RICHARD

EXTERNE DES HOPITAUX

né à Chaumont, (Haute-Marne) le 11 août 1884

Président : M. le Professeur HARTMANN

PARIS (VI^e^)

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et rue Monsieur-le-Prince, 12

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	PierreDELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DES-SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinion émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comm propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni impro bation.

34

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

En souvenir de toutes ses bontés

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de profonde reconnaissance
et de respectueuse affection

A MON FRÈRE

mon meilleur ami, mon premier maître en médecine

Au Docteur Pierre ALEXANDRE
En souvenir d'études communes et de sincère amitié

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR SEVESTRE, (in memoriam)
Bénévolat 1903-04

M. LE DOCTEUR MOUTARD MARTIN
Stage 1904-05

M. LE DOCTEUR BLUM

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICARD
Externat 1906-07

M. LE DOCTEUR TRIBOULET

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEGRY
Externat 1907-08

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARCEL LABBÉ

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CASTAIGNE

Externat 1908-09

M. LE DOCTEUR COURTOIS-SUFFIT

Externat 1909-10

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LECÈNE

Externat 1910

M. LE DOCTEUR FREDET

Chirurgien des Hôpitaux,

qui a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse, et nous aider de ses précieux conseils.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

Chevalier de la Légion d'Honneur

Notre maître d'externat en 1910, qui nous a fait l'honneur de présider notre thèse, nous présentons ici l'expression sincère de notre respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

En 1893, *M. Reclus rapportait quatre observations d'une affection spéciale et rare à laquelle il donnait le nom de phlegmon ligneux du cou. En* 1895, *il inspirait la thèse de Batsère sur ce sujet, ajoutant une cinquième observation aux précédentes, et, en* 1896, *il exposait l'ensemble de la question à la Société de Chirurgie.*

Nous rapportons, d'autre part, ces cinq observations (Obs. 1 *à* 5), *elles constituent la base des discussions soutenues depuis à propos du phlegmon ligneux.*

Voici comment M. Reclus résumait, dans la Revue de Chirurgie, *la symptomatologie du phlegmon ligneux :*

« *On le voit, dans tous les cas, le tableau clinique a été le même : tantôt en avant, tantôt sur les parties latérales du cou, le phlegmon ligneux se développe sur une grande surface; toujours son développement a été lent; il met des semaines et même des mois à naître et presque une année avant d'achever son évolution. Sa masse s'accroît sans fièvre, à peine sans douleur et sans phénomènes généraux appréciables; les signes*

cardinaux des phlegmons aigus ont fait défaut ou ont été très atténués, et si le gonflement existe toujours, la rougeur vineuse n'apparaît que lorsque la peau devient, par les progrès du mal, adhérente à la plaque indurée profonde; la chaleur et la souffrance manquent presque totalement. Enfin, la tumeur, d'une résistance singulière et qui rappelle celle du cancer en cuirasse, reste de longues semaines avant de montrer trace de suppuration. Ce n'est qu'au bout de un ou de plusieurs mois que l'œdème épaissit la peau et que les collections purulentes, petites et sans parois distinctes se forment et se succèdent dans les parties malades. »

Ainsi défini, le phlegmon ligneux du cou soulevait plusieurs questions intéressantes, mais difficiles à élucider. Son tableau clinique si précis correspondait-il à une affection ignorée jusque là? En admettant la nature inflammatoire du phlegmon, était-il causé par un germe spécifique ou par les agents habituels de la suppuration? Par quel mécanisme, ces agents causaient-ils une affection si différente de celles que l'on observe habituellement? On ne pouvait, alors, émettre que des hypothèses; mais, depuis cette époque, de nombreux auteurs ont observé des cas nouveaux, des examens histologiques et bactériologiques ont été faits. On a vu le phlegmon ligneux atteindre d'autres régions que le cou; on l'a vu se développer dans des conditions étiologiques bien déterminées, à la suite d'interventions chirurgicales. Il nous a paru intéressant de rassembler ces observations et de rechercher dans quelle

mesure elles pouvaient éclaircir les points obscurs de cette affection.

Nous classons les observations de phlegmons ligneux en trois groupes suivant qu'elles se rapportent à des phlegmons du cou, à des phlegmons extra-cervicaux ou à des phlegmons post-opératoires et pour chacun d'eux nous faisons une étude clinique distincte. Nous discutons ensuite quelques observations qui nous semblent rapportées à tort aux phlegmons ligneux. En un dernier chapitre, nous essayons de fixer sa pathogénie, ou plutôt de déterminer ce qui nous en paraît certain et de voir quelles hypothèses on peut émettre sur les points encore incomplètement éclaircis.

HISTORIQUE

Le phlegmon ligneux a-t-il été décrit sous un nom ou sous un autre avant 1893? C'est la seule question que nous chercherons à élucider ici.

Il semble bien que ce soit Dupuytren qui ait le premier, en 1833, fait une description fidèle du phlegmon ligneux, sous le nom de phlegmon large du cou. Nous rapportons (Obs. 7) le passage de l'article du Bulletin général de thérapeutique médico-chirurgicale où Rognetta reproduisait, d'après Dupuytren, les caractères de ce phlegmon large. Lenteur du développement, grande extension et dureté excessive du phlegmon, symptômes généraux relativement peu accentués, tendance à la chronicité avec suppuration disséminée, tardive, nécessitant l'intervention du chirurgien pour se faire jour à la peau, ce sont là les principaux caractères du phlegmon ligneux, et nous pensons que le phlegmon large de Dupuytren doit être identifié avec le phlegmon ligneux bien plus qu'avec un phlegmon aigu.

Marsoo, dans sa thèse, rappelle la description du *phlegmone serosa acuta* faite par Advena en 1842,

mais il s'agit là d'une affection à marche aiguë, parfois foudroyante, que nous ne croyons nullement pouvoir rapprocher du phlegmon ligneux décrit par Reclus.

Dans une discussion à propos d'un cas de phlegmon ligneux rapporté par Mühsam, Rose revendique pour Stromayer d'avoir décrit en 1844 sous le nom de phlegmon séreux, un phlegmon donnant à l'incision un liquide séreux plutôt que du pus, s'accompagnant de douleurs sourdes qui cessent avec l'apparition d'une suppuration légère, et que Rose ne croit être autre chose que le phlegmon ligneux. Nous n'avons pu retrouver cette description.

En 1854, Uhde, parlant de phlegmons du cou à évolution lente avec dureté marquée de la région enflammée, cherche à leur donner un nom qui rappelle leurs caractères essentiels et propose de les appeler : « Durcissement inflammatoire du tissu cellulaire du cou ». Il y a là avec le phlegmon ligneux une analogie assez étroite pour qu'il soit permis de penser que les deux expressions désignent en réalité la même affection.

Le Dentu, à l'article Phlegmon du dictionnaire Jaccoud, en 1879, propose le terme de « phlegmon chronique » pour ces phlegmons à marche lente avec peu de tendance à la suppuration. Nous reproduisons (Obs. 8) la description qu'il y fait d'un de ces phlegmons chroniques, pensant qu'il s'agit bien là du phlegmon ligneux.

Enfin nous arrivons à la description que fait M. Reclus du phlegmon ligneux en 1893. Depuis 1890 la question des inflammations chroniques commençait

à s'éclairer d'un jour tout nouveau. On ne rapportait plus à la tuberculose ou à la syphilis tous les abcès froids, et l'on entrevoyait l'existence de toute une classe de ces inflammations chroniques dues à des germes banaux. Sous le nom de phlegmon ligneux, M. Reclus a individualisé l'une des formes cliniques les plus intéressantes de ces inflammations, et, après l'étude qu'il en a faite, les observations se sont multipliées au point que nous ne pouvons citer ici tous les auteurs qui se sont occupés de la question. Aussi bien nous les retrouverons à propos de chaque partie de notre étude, et ce sont leurs travaux qui nous permettront de fixer de notre mieux les différents caractères du phlegmon ligneux.

PHLEGMONS LIGNEUX DU COU

Etiologie

Dans son article de la *Revue de Chirurgie* de 1896, M. Reclus disait qu'il avait rencontré le phlegmon ligneux du cou chez des gens âgés et affaiblis, mais que le petit nombre des observations ne permettait pas de fixer avec certitude les conditions étiologiques de l'affection.

Si nous examinons les 38 cas de phlegmons ligneux du cou que nous avons pu rassembler (nous laissons de côté les observations 7 et 8, rapportées à propos de l'historique), il nous est possible de préciser un peu ces conditions.

Sexe. Le phlegmon ligneux du cou s'est développé 29 fois chez l'homme et 9 fois seulement chez la femme. La prédominance dans le sexe masculin n'a donc fait que s'affirmer.

Age. En considérant le nombre de cas survenus aux différentes époques de la vie, on trouve les résultats suivants :

De	0	à	10	ans,	aucun cas
»	10	»	20	»	2 »
»	20	»	30	»	13 »
»	30	à	40	»	5 »
»	40	»	60	»	6 »
Au-dessus de			60	»	4 »

Profession. Il semble que ce soit surtout chez les travailleurs que l'on observe le phlegmon ligneux du cou ; cependant, dans de nombreuses observations, il n'est pas fait mention de la profession du malade et l'on ne peut donner de résultats précis à ce sujet.

Terrain. Au début, on pouvait croire que le phlegmon ligneux du cou ne se voyait que chez des gens affaiblis, âgés, ou ayant un mauvais état général ; ces circonstances restent vraies dans la majorité des cas, mais il faut noter que dans huit observations (Mühsam, Krause, Fichtner, Kantorovitch, Sick, Bœnningshausen, Roure (2), Capasso), les auteurs rapportent que leurs malades avaient un bon état général, parfois même des plus satisfaisants.

Dans les antécédents, on ne relève pas de maladies assez fréquemment signalées pour créer une prédisposition spéciale, et en particulier la syphilis n'y est nullement constante. Dans quelques cas, on trouve la fièvre typhoïde, le rhumatisme, la tuberculose, l'éthylisme.

Cause apparente. Si dans un certain nombre de cas (14 fois), le phlegmon ligneux du cou apparaît sans aucune cause visible, le plus souvent (24 cas) il est

précédé par une affection locale ou générale, ou encore par une extraction dentaire. Ainsi on le voit suivre :

Une inflammation ganglionnaire.....	6 fois
Amygdalite ou pharyngite.....	6 »
Furoncle	1 »
Refroidissement avec malaise général....	2 »
Anthrax	1 »
Abcès du sein.....	1 »
Torticolis par effort.....	1 »
Affection dentaire.....	5 »
Broncho-pneumonie	1 »

On peut donc dire, d'une façon générale et sans qu'il y ait là rien d'absolu, que le phlegmon ligneux se produit le plus souvent chez l'homme adulte, à mauvais état général et à la suite d'une affection locale.

ÉTUDE CLINIQUE

Début

Le phlegmon ligneux peut se manifester au malade de diverses façons. Tantôt il s'agit d'une gêne des mouvements du cou, tantôt de douleur à la déglutition, ce dernier cas se produisant surtout lorsque le phlegmon ligneux suit une amygdalite ou une angine, et il est alors difficile de dire si cette douleur est due à l'angine qui finit ou au phlegmon qui commence. En tous cas, ces troubles fonctionnels s'accompagnent d'une tuméfaction que découvre le malade. Souvent, c'est l'apparition de cette tuméfaction qui ouvre la

scène, comme dans certains cas où le phlegmon se produit sans cause apparente et surtout lorsqu'il se développe sur un furoncle ou sur un ganglion enflammé, déjà connus du malade. Quelquefois même, celui-ci remarque déjà la dureté considérable de la tuméfaction.

En général, cette tuméfaction se développe lentement, mettant de nombreux jours à acquérir son volume définitif, mais parfois elle apparaît brusquement (Krause, Moure) et s'accroît vite.

A ce moment, on note fréquemment quelques symptômes généraux, c'est parfois la seule période de la maladie où l'on pourra les observer, mais ils restent modérés. Le malade ressent un peu de malaise général, d'abattement, la température s'élève à 38°, rarement 38°5, et c'est tout. Dans certains cas, ces symptômes sont plus marqués, mais dus plutôt à l'affection causale.

Quoi qu'il en soit, la tuméfaction prend de l'extension, ses caractères se complètent et nous allons voir qu'elle revêt un aspect assez différent, suivant que le malade se présente rapidement au médecin ou, qu'au contraire, il retarde longtemps cette consultation.

Période d'état

Lorsque le phlegmon ligneux du cou est constitué, il entraîne souvent une modification de l'attitude du malade qui frappe tout d'abord, c'est un torticolis plus ou moins prononcé dû à la contracture du sterno-

cléido-mastoïdien qui se trouve compris dans la zone tuméfiée.

Si l'on examine la tuméfaction produite par le phlegmon, peu de temps après son début, elle intéresse surtout les plans profonds et la peau n'est pas encore modifiée, parfois même, elle est encore mobile sur les plans sous-jacents. A un degré de plus, la peau reste encore d'aspect normal, mais, si l'on essaye de la mobiliser sur la tuméfaction, on ne peut y réussir. Enfin, et c'est là le cas le plus fréquent, lorsque le malade se présente au médecin, celui-ci constate que la région atteinte est le siège d'une vaste tuméfaction recouverte d'une peau dont la coloration peut varier du rose au rouge violacé, selon l'intensité de l'inflammation.

Dans certains cas, la tuméfaction apparaît à l'inspection avec des limites bien tranchées, mais c'est surtout à la palpation que l'on peut reconnaître cette délimitation, lorsqu'elle existe; le doigt perçoit alors un bourrelet au niveau duquel la tuméfaction cesse brusquement.

Mais le caractère principal que la palpation permet d'observer, c'est la consistance toute spéciale du phlegmon ligneux. C'est une dureté telle que les auteurs ont cherché, pour la qualifier, les comparaisons les plus variées, dureté de bois, de pierre, de cartilage, consistance plus dure que celle du squirrhe le plus dur. Phlegmon ligneux, a dit Reclus, et c'est là un caractère absolu de l'affection.

En général, cette consistance est uniforme et la

surface du phlegmon est lisse, parfois, au contraire, quelque bosselures soulèvent cette surface, semblant correspondre à des foyers d'inflammation séparés.

L'œdème manque le plus souvent, et le doigt appuyant sur la peau n'y laisse pas de godet, mais, quelquefois, une tache blanche qui tranche sur la coloration rouge de la peau voisine. L'œdème peut apparaître cependant au cours de l'évolution du phlegmon ligneux, il indique alors la formation d'un foyer de suppuration. Mais il ne faut pas espérer trouver, à coup sûr, le siège de ce foyer par la fluctuation, celle-ci se rencontre assez rarement et, lorsqu'elle existe, elle est souvent profonde et difficile à affirmer.

Plus souvent, et surtout dans les périodes de poussées inflammatoires, la main placée sur la tuméfaction découvrira une augmentation de la chaleur locale.

La palpation de la région inflammatoire est généralement peu douloureuse ou même complètement indolore, cette douleur devient quelquefois plus vive au moment d'une poussée inflammatoire.

Enfin, si l'on recherche, par la palpation, l'état des ganglions voisins, il est très rare qu'on les trouve augmentés.

Si l'on examine la cavité buccale, on peut, dans certains cas, constater de l'inflammation des amygdales, de la pharyngite, qui témoignent encore de la cause du phlegmon. L'état des dents est souvent mauvais, et, dans certains cas, le malade établit une relation certaine entre une affection dentaire et l'apparition de son phlegmon.

L'examen laryngoscopique donne, en général, peu de renseignements; cependant, on observe quelquefois de l'hypérémie des cordes vocales, ou, comme dans le cas de Mühsam, on voit la tumeur faire saillie dans le repli ary-épiglottique.

Le phlegmon ligneux du cou s'accompagne de signes fonctionnels, le plus souvent peu marqués. La douleur spontanée est faible et parfois manque; elle revêt la forme de petits élancements qui peuvent s'accentuer quand se forme un foyer de suppuration. Rarement, comme dans le cas de Moure, cette douleur est vive.

Il existe presque constamment de la gêne des mouvements du cou et de la tête, à un degré plus ou moins marqué. En général, cette gêne est faible et les mouvements sont encore possibles, mais lents et plus ou moins limités. Dans certains cas, au contraire, il existe une véritable contracture musculaire qui se traduit, suivant son siège, par du torticolis ou encore par une constriction des mâchoires, quelquefois invincible.

La déglutition, souvent facile, est parfois simplement gênée, parfois aussi douloureuse, et cette douleur peut être telle que le malade souffre, même à l'ingestion des aliments liquides. C'est là l'exception; dans la règle, le malade éprouve une légère difficulté qui s'accentue au moment des poussées inflammatoires.

Le phlegmon ligneux comprime rarement le larynx ou la trachée au point de produire de la dyspnée; dans quelques cas, on observe de la gêne respiratoire, soit au début de l'affection, soit à l'occasion de l'extension du phlegmon. Il est très rare, comme nous le verrons

en étudiant l'évolution du phlegmon ligneux, de voir se produire une crise de dyspnée qui emporte le malade.

Dans quelques cas, on peut observer des modifications de la voix : enrouement, raucité, ou encore difficulté de la parole.

De même que les signes fonctionnels, les symptômes généraux qui accompagnent les phlegmons ligneux du cou sont rarement accusés. Comme nous l'avons vu, ils se manifestent, de préférence, au début de l'affection ou encore lorsque la tuméfaction s'étend, ou que se forme un foyer de suppuration.

L'examen des urines est négatif, en général, quant aux produits anormaux. Dans un cas de Roure, à la fin de l'évolution du phlegmon, on trouva de l'albumine dans les urines, en même temps qu'apparaissait de l'œdème des extrémités inférieures.

Chez le malade dont l'observation est rapportée par MM. Sicard, Gougerot et Gy, on avait observé de la glycosurie, plusieurs années avant l'apparition du phlegmon; on ne retrouva pas cette glycosurie au cours de son évolution.

Evolution

L'évolution du phlegmon ligneux est tout d'abord caractérisée par sa lenteur. Deux cas peuvent se présenter, ou le phlegmon ligneux se termine par simple résolution, ou il suppure. Mais, dans les deux cas, cette

évolution ne se précise qu'après des jours, des semaines et parfois des mois.

Sur 36 cas, où l'évolution totale de l'affection est rapportée, nous la voyons se terminer 5 fois seulement par résolution simple sans suppuration. On peut donc dire que, si le phlegmon ligneux n'arrive que lentement à la suppuration, il y arrive le plus souvent. Dans ce cas, on voit la coloration de la peau se foncer en un point, de l'œdème apparaît, parfois on peut trouver, plus ou moins difficilement, de la fluctuation profonde, cependant que s'exagèrent un peu les signes fonctionnels et généraux. Si l'on n'intervient pas, on assiste au lent développement d'un abcès qui met longtemps à s'ouvrir à la peau; il est plus sage d'aller à sa rencontre et de donner issue au pus dès qu'il s'est formé. Dans quelques cas, l'évacuation de cet abcès est suivie de régression du phlegmon et de guérison; il ne faut pas compter sur cet heureux résultat; le plus souvent, l'aspect de la tuméfaction n'est que peu modifié, d'autres abcès se produisent, deux, trois, parfois davantage, et ce n'est qu'après une longue période de suppuration que le phlegmon régresse lentement et finit par guérir. Lorsqu'on incise ce phlegmon, on ne découvre pas toujours facilement le pus collecté. Quelquefois, on ne trouve que du sang mêlé d'un peu de pus et lorsque l'on tombe sur une collection bien constituée les caractères du pus sont très variables, suivant les cas. Tantôt, il s'agit de pus liquide et parfois de sérosité; tantôt, au contraire, c'est un pus épais, dense, pouvant contenir des lambeaux de tissu nécrosé.

Jusqu'ici, nous avons vu le phlegmon ligneux guérir; c'est sa terminaison la plus fréquente.

Dans un cas de Reclus, le malade succomba à une crise de dyspnée; ce fut aussi le cas d'un des malades de Marion. Chez un malade de Roure, on vit se développer une broncho-pneumonie à la suite de laquelle il mourut. Nous verrons au pronostic que l'on ne doit pas accepter sans discussion ces trois cas de mort. Le malade guérit d'ordinaire, sans conserver trace de l'affection; la gêne des mouvements s'atténue progressivement, l'induration locale, plus durable, finit par disparaître. Il est rare d'observer des troubles persistants de la motilité, une vascularisation exagérée de la peau, des adhérences aux plans profonds ou des cicatrices vicieuses.

Pronostic

Comme nous l'avons vu, en étudiant l'évolution, le pronostic *quoad vitam* est favorable dans la grande majorité des cas, puisque nous ne trouvons que 3 morts sur 36 malades. Il est même permis de douter que le phlegmon ligneux puisse, à lui seul, causer la mort d'un malade. Dans un cas de Roure, le sujet succomba à la suite d'une complication broncho-pulmonaire.

Chez les deux malades de Reclus et de Marion, morts par compression du larynx, l'autopsie n'a pu être faite. On ne saurait donc affirmer, à coup sûr, qu'il ne s'agissait pas de tumeurs malignes méconnues. Mais, lorsqu'on a posé le diagnostic de plegmon

ligneux, on ne doit pas oublier que c'est une affection de longue durée et que les divers traitements préconisés ne seront pas toujours suivis d'un effet immédiat et certain.

Diagnostic

En pratique, deux affections seulement peuvent être confondues avec le phlegmon ligneux du cou : certaines formes de tumeurs malignes et l'actinomycose.

Un petit cancer de l'amygdale ou du pharynx donne de volumineuses métastases ganglionnaires qui apparaissent sous forme d'une tumeur dure et lisse. Cette tumeur prend de l'extension, puis, par infection secondaire, des abcès surviennent et s'ouvrent à la peau. Il peut être impossible de découvrir la tumeur primitive et, dans ces conditions, aucun caractère clinique ne permet d'affirmer la nature exacte de la tumeur.

L'épithéliome branchial peut donner lieu à la même difficulté de diagnostic, et, dans ces deux cas, il est indispensable de faire l'examen histologique d'un fragment de la tumeur. Cet examen fixera, en même temps que le diagnostic, le pronostic de la maladie, si différent suivant qu'il s'agit de tumeur maligne ou de phlegmon ligneux.

Nous rapportons trois cas (Obs. 42-44) de malades ayant succombé à une affection que l'on croyait être le phlegmon ligneux et chez qui l'on trouva, à l'autopsie, les cancers les plus nets. Ce ne sont pas les seuls cas où une telle confusion s'est produite, et ils

montrent jusqu'à quel point le diagnostic peut être délicat.

L'actinomycose peut aussi simuler complètement le plegmon ligneux. En effet, ces deux affections peuvent être considérées comme une même réaction de l'organisme contre des agents infectieux de virulence atténuée; il n'est donc pas étonnant que leurs manifestations cliniques puissent se ressembler. Lorsque l'actinomycose forme une tumeur bosselée avec plusieurs foyers purulents où l'on trouve les grains jaunes caractéristiques, le diagnostic s'impose; mais ces caractères ne sont nullement constants. Il faut donc toujours rechercher, non seulement ces grains jaunes, mais aussi les formes filamenteuses du champignon, il faut faire l'épreuve de la sporoagglutination et de la fixation mycosique pour pouvoir affirmer que l'on est bien en présence d'un phlegmon ligneux.

Notre observation 41 a trait à un malade de Von Orloff chez qui l'on dut examiner plusieurs fragments de tumeur avant de découvrir de l'actinomycose, c'est dire que cette recherche doit être soigneusement effectuée, et il est permis de douter devant certaines observations où l'on voit le phlegmon ligneux régresser rapidement à la suite d'un traitement interne par l'iodure de potassium.

Anatomie pathologique

Nous n'insisterons pas sur l'aspect extérieur de la tuméfaction, suffisamment décrit à propos des symptômes.

A la coupe, le phlegmon ligneux montre des tissus d'aspect uniforme, blanchâtres ou gris, résistants sous le scalpel et présentant parfois des points de nécrose.

Quelques auteurs ont fait des examens histologiques. Von Orloff trouve dans un cas « de la néoformation du tissu cellulaire à la périphérie et au centre de la nécrose », et dans l'autre « une inflammation du tissu conjonctif avec néoformation cellulaire. »

Castan observe la présence de bandes de sclérose formées de tissu inflammatoire adulte; ce tissu enserre tous les organes qu'il rencontre et ne présente aucun caractère spécifique.

Dans le cas de Merkel, il existait « un fort développement du tissu cellulaire sous-cutané qui était infiltré et enflammé et où les cellules avaient le caractère tantôt lymphocitaire et tantôt leucocytaire. »

Sicard, Gougerot et Gy (obs. 37) rapportent un examen histologique très détaillé de leur cas. Ils ont examiné successivement une coque d'abcès avec infiltrat bourgeonnant vasculaire et une coque d'abcès purement scléreuse. Dans la première, « il s'agit, en résumé, d'un tissu d'inflammation chronique. Il existe des bourgeons charnus avec réaction conjonctive cellulaire intense, atrophie du réseau collagène, formation de plasmazellen, néoformation de capillaires, et polynucléose minime ». Dans la deuxième, ils trouvent « une sclérose compacte fibro-cellulaire avec quelques nodules d'infiltration périvasculaire, réaction fibro-conjonctive intense et plasmazellen disséminées, poly-

nucléose presque nulle. Une ébauche de nodule épithélioïde. »

Dans le cas de Moure, il existe une forte réaction fibroconjonctive avec infiltration polynucléaire, un ganglion examiné est trouvé en état de faible réaction inflammatoire.

Ce qui caractérise tous ces examens c'est, d'abord, l'extension du processus de sclérose, enserrant tous les organes qu'il rencontre d'une gangue fibreuse et s'insinuant entre les fibres musculaires; c'est, ensuite, l'atténuation, plus ou moins complète de la réaction polynucléaire contrastant avec l'intensité de cette réaction fibro-conjonctive. Moure trouve ces deux réactions presque égales, mais il faut remarquer que, dans son observation, le phlegmon évolua vers la suppuration dans un temps relativement court. Sicard, Gougerot et Gy, au contraire, notent l'absence presque totale de réaction polynucléaire avec un maximum de réaction fibro-conjonctive. Ceci nous montre qu'au point de vue anatomique il n'y a pas de limite tranchée entre l'inflammation aiguë et l'inflammation chronique à type de phlegmon ligneux, ce ne sont là que les termes extrêmes d'un même processus de défense organique.

Bactériologie

L'examen bactériologique de pus ou de fragments de phlegmon ligneux donne des résultats très variables. Dans quelques cas, cet examen fut négatif (Von

Orloff (3), Mühsam), mais le plus souvent on put trouver une infection, simple ou mixte. Parfois, il s'agit de coccis indéterminés (Reclus (4), Kudriashoff, de Cortes), parfois de streptocoque (Fichtner, Moure), de staphylocoque blanc (Suchy, Roure) ou doré (Sicard, Gougerot et Gy), de bacille pseudo-diphtérique (Martinoff). Pour les cas d'infections mixtes, Capasso et Reclus trouvèrent le bacille pseudo-diphtérique associé au staphylocoque, Von Orloff (2) des coccis et des bâtonnets, Kusnetzoff des cocci et des bâtonnets. On voit donc que les microbes les plus différents peuvent se retrouver dans le phlegmon ligneux, mais un caractère commun les unit : c'est leur faible virulence. On constate, en effet, le plus souvent que les cultures poussent lentement, et si l'on fait des inoculations à l'animal on n'observe que des infections relativement atténuées. Dans aucun cas, ces inoculations n'ont reproduit le phlegmon ligneux, le plus souvent on obtient des abcès banaux, quelquefois de petits nodules fibreux, mais trop minimes pour qu'on puisse les identifier avec le phlegmon ligneux.

Traitement

Le traitement du phlegmon ligneux est des plus simples. Les applications de pansements chauds et humides suffisent aux phlegmons qui ne suppurent pas, s'étendent peu et ne produisent pas de troubles fonctionnels marqués. Dans le cas contraire, il faut se hâter d'inciser les abcès dès qu'ils sont collectés, et

lorsque la tuméfaction s'étend rapidement, que l'on voit apparaître de la douleur à la déglutition, de la gêne respiratoire, il est indiqué de pratiquer des incisions multiples et d'appliquer de larges pansements antiseptiques. Tout à fait exceptionnellement on devra recourir à la trachéotomie pour conjurer l'asphyxie due à la compression du larynx.

Il est permis de se demander si l'hyperémie locale par les applications d'air chaud ne pourrait, dès le début, donner une amélioration notable; mais cette méthode n'a pas été jusqu'ici appliquée au phlegmon ligneux.

Dans tous les cas enfin, il est utile de soutenir l'état général du malade par un traitement tonique.

PHLEGMONS LIGNEUX EXTRA-CERVICAUX

SPONTANÉS

Le phlegmon ligneux est beaucoup plus fréquent au cou qu'en tout autre région : nous n'avons réuni que 13 observations de phlegmons extra-cervicaux spontanés. En 1903, Saussié faisait sa thèse sur les phlegmons ligneux de la paroi abdominale, région la plus fréquemment atteinte après le cou (10 fois sur 13). Mais nous avons rejeté plusieurs de ses observations qui ne nous semblent pas suffisamment démonstratives pour entrer dans le cadre du phlegmon ligneux. Nous les discuterons plus loin. D'autre part, nous avons classé, avec les phlegmons postopératoires, une observation de M. Quénu dans laquelle le phlegmon apparut à la suite d'une série d'injections de sérum antistreptococcique. Dans les trois autres cas que nous rapportons, le phlegmon s'est produit dans la région lombaire gauche (Marion, in Saussié, VI) à la face postérieure de la cuisse droite (Lejars), à la moitié inférieure de la jambe gauche (Sottis, III).

Etiologie

Sur 13 sujets atteints de phlegmons ligneux extra-cervicaux, on trouve 8 hommes et 5 femmes; la disproportion entre les deux sexes semble donc moins marquée que pour les phlegmons du cou. Trois cas ont été observés sur des sujets de 20 à 30 ans, 3 cas sur des sujets de 40 à 50.

La profession et les antécédents ne sont pas toujours rapportés. Dans certains cas on note un bon état général, et dans d'autres il s'agit de malades affaiblis.

Dans 9 cas, le phlegmon est apparu sans cause connue; 4 fois il succéda à une affection nettement observée : appendicite (Reclus), adénite inguinale consécutive à une blessure du pied, fracture (Sottis), cystite (Legueu).

Symptômes

Comme au cou, le phlegmon ligneux se manifeste d'abord par quelque trouble fonctionnel, gêne des mouvements, douleur locale, soit, le plus souvent, par une tuméfaction qui constitue le premier symptôme.

Une fois constitué, le phlegmon ligneux revêt la même allure qu'à la région cervicale : d'abord tuméfaction profonde n'intéressant ni les plans tout à fait superficiels, ni la peau (celle-ci conserve son apparence normale et sa mobilité) ; envahissement secondaire de ces plans et de la peau qui se fixe, devient rosée, puis rouge et revêt un aspect œdémateux lorsque le phlegmon doit aller jusqu'à la suppuration. L'extension du

phlegmon est le plus souvent considérable; son volume est comparé aux deux mains (Sottis), à une tête de fœtus (Wedrychowsky), dans d'autres cas, au contraire, il est beaucoup moindre.

La palpation révèle la dureté caractéristique; cette dureté peut être si grande que, dans un cas de Sottis, on commença l'intervention avec le diagnostic d'ostéomyélite chronique. L'œdème et la fluctuation se montrent rarement, indiquant alors la formation d'un abcès; on ne retrouve pas comme au cou la tuméfaction limitée dans certains cas par un bourrelet des plus nets. La palpation est indolore ou ne réveille qu'une douleur légère. Dans quelques cas de phlegmons de la partie inférieure de la paroi abdominale, la localisation de la tuméfaction permet de la retrouver au toucher rectal. Une seule fois (Krause), on note que les ganglions voisins étaient augmentés de volume.

Les signes fonctionnels sont encore moins marqués, s'il est possible, qu'au niveau du cou. Il n'y a là rien d'étonnant; la localisation fréquente à la paroi abdominale permet de comprendre qu'un malade puisse porter, sans trop d'incommodité, une de ces vastes tuméfactions. Assez fréquemment on observe de la difficulté et de la fréquence des mictions. On peut même voir de l'incontinence d'urine (Martinoff). Il peut exister de la gêne des mouvements se traduisant de façon différente suivant le siège du phlegmon; ainsi dans le cas de Sottis (phlegmon de la jambe), le malade ne pouvait marcher. La douleur spontanée est légère et souvent absente.

Les signes généraux ne sont pas plus accentués. Comme pour les phlegmons du cou, ils apparaissent surtout au début, se traduisant par une élévation de température ne dépassant guère 38°, une légère accélération du pouls, sans malaises marqués, et disparaissant au bout de peu de temps.

Le phlegmon ligneux extra-cervical peut évoluer vers la résolution ou la suppuration; la résolution semble plus fréquente que pour les phlegmons du cou et lorsque la suppuration se produit l'affection se termine généralement après ouverture d'un seul abcès.

La terminaison constante est la guérison, dans deux cas où elle n'est pas indiquée elle est au moins probable.

La durée est longue et varie de un à quatre mois.

Bactériologie

Dans cette série d'observations, nous ne trouvons qu'un examen bactériologique, celui de Krause; le pus contenait des coccis indéterminés. Pour obtenir une culture, l'auteur dut ensemencer un fragment de la tumeur.

Anatomie pathologique

A la coupe, les tissus présentent un aspect blanchâtre uniforme; ils sont très durs et crient sous le scalpel. Au microscope, Martinoff trouve un tissu typique de chéloïde; Sottis résume l'examen histologique d'un de ses cas en disant : « Il existait un pro-

cessus inflammatoire chronique du tissu conjonctif sous-cutané avec organisation de l'exsudat et grande néoformation vasculaire associée à des signes de névrite et de périnévrite de quelques petits troncs nerveux. »

Diagnostic

La difficulté du diagnostic de phlegmon extra-cervical varie avec la localisation. Dans les phlegmons de la paroi abdominale on peut penser, comme dans un cas de Marion, à un cancer de l'ombilic et c'est seulement la suppuration qui permit d'écarter ce diagnostic. Le cancer de l'ombilic succède parfois à un cancer viscéral diagnostiquable; il se développe aussi plus lentement que le phlegmon ligneux, mais ce n'est pas dans ces conditions que le diagnostic est difficile. Le doute est permis ou même s'impose en face d'une induration chronique de la région ombilicale lorsqu'on ne trouve pas de tumeur point de départ. Le cancer est accompagné d'une cachexie souvent précoce, mais nous avons vu le phlegmon ligneux apparaître chez des individus affaiblis, pâles; l'état général peut donc être aussi mauvais dans un cas que dans l'autre. Enfin le cancer secondairement infecté suppure parfois comme le phlegmon. Dans ces cas extrêmes, où l'une des deux affections prend si bien le tableau clinique de l'autre, une biopsie est indispensable pour trancher le diagnostic.

A propos d'un malade de Sottis chez qui le phleg-

mon se développa à la partie inférieure de la jambe gauche, on avait pensé à la syphilis qui fut éliminée par l'épreuve du traitement, à un sarcome du tibia, et l'on s'était arrêté, par exclusion, au diagnostic d'ostéomyélite chronique; seule l'incision permit de reconnaître l'existence du phlegmon ligneux.

Traitement

Le traitement ne diffère guère de celui des phlegmons ligneux du cou : mise au repos du malade, applications locales de compresses humides et chaudes, incision des abcès collectés. On peut dire seulement qu'il sera moins souvent nécessaire de recourir à l'intervention chirurgicale, puisque ces phlegmons se terminent plus fréquemment par simple résolution.

PHLEGMONS LIGNEUX POST-OPÉRATOIRES

On voit parfois se développer sur une cicatrice opératoire, dont l'évolution avait semblé aseptique, une induration qui s'étend et revêt peu à peu les caractères du phlegmon ligneux; nous avons réuni 9 cas de ces phlegmons. Nous y joignons deux observations de phlegmons ligneux survenus l'un après des injections répétées de sérum antistreptococcique (Quénu), l'autre à la suite d'une piqûre de bistouri infecté (Marion), considérant que dans ces deux cas, comme dans les phlegmons post-opératoires, il s'agit d'une infection que l'on pourrait qualifier d'expérimentale.

Ici encore l'homme adulte est plus souvent frappé. On en trouve la raison dans ce fait que le phlegmon ligneux post-opératoire est souvent apparu à la suite d'opérations pour hernie (8 cas sur 9). Dans le dernier cas, il était survenu après une opération pour kyste hydatique suppuré du foie.

Le phlegmon peut se développer un temps plus ou moins long après l'opération : en moyenne de quinze jours à deux mois. Dans certains cas, c'est le malade qui attire lui-même l'attention sur sa cicatrice, parce

qu'il ressent des picotements, ou une douleur sourde; d'autres fois, le chirurgien découvre, à l'occasion d'un pansement, une légère induration en un point de la cicatrice, cependant que la peau prend à ce niveau une teinte rosée. A partir de ce moment, le phlegmon post-opératoire évolue comme le phlegmon spontané. La tuméfaction s'étend progressivement, elle prend la consistance ligneuse, les symptômes fonctionnels et généraux manquent ou sont à peine marqués. La terminaison à peu près constante est la suppuration; un petit abcès apparaît, quelques gouttes de pus s'en écoulent, et l'on trouve dans ce pus un fragment de catgut ou un fil non résorbable point de départ du processus inflammatoire. Le plus souvent après l'évacuation de l'abcès la tuméfaction régresse peu à peu.

Dans le cas de Van Stockum cependant, l'intervention n'amena aucun changement dans l'état du malade. Dans le cas de Capasso, au contraire, le phlegmon se termina par résolution simple.

Anatomie pathologique

Elle ne diffère pas de celle des autres phlegmons ligneux. Van Stockum trouve macroscopiquement les tissus blanchâtres, durs et criants, comme c'est la règle dans les interventions; au microscope: « le tissu induré était formé par des masses hyalines, c'est-à-dire de fibres conjonctives et de faisceaux musculaires dans un état de dégénérescence hyaline ».

Bactériologie

Van Stockum, en prélevant des fragments à différents points de la tuméfaction, trouve dans chacun d'eux le bacille pseudo-diphtérique. Betagh fait une étude bactériologique complète d'un de ces cas; dans le pus et dans les cultures, il trouve le staphylocoque blanc; en inoculant ce staphylocoque aux animaux, il constate une virulence atténuée. Mais il n'a pu reproduire expérimentalement le phlegmon chez l'animal en introduisant sous la peau des catguts infectés avec ses cultures.

Diagnostic

On peut dire que le diagnostic du phlegmon ligneux post-opératoire se pose de lui-même; ce n'est qu'au début qu'on pourrait le confondre avec un phlegmon aigu. Son évolution fixe vite le médecin à ce sujet.

Traitement

Le traitement du phlegmon ligneux post-opératoire a consisté, en général, en l'application de compresses humides et en l'incision des foyers suppurés. Van Stockum a pratiqué l'excision partielle du phlegmon, sans résultats remarquables, le sérum antidiphtérique ne lui a pas donné plus de succès, bien que le microbe trouvé eut été le bacille pseudo-diphtérique.

Comme dans ces phlegmons le point de départ est ordinairement un fil septique, il est indiqué d'aller à sa recherche au point d'inflammation maxima.

OBSERVATIONS DISCUTABLES

Nous réunissons sous ce titre douze observations dont les caractères cliniques ne se rapprochent pas suffisamment de ceux du phlegmon ligneux décrit par M. Reclus, pour que nous croyions devoir les identifier avec lui. Nous considérons que ce phlegmon ligneux n'est qu'une forme clinique spéciale de l'inflammation banale, et il est certain qu'entre le phlegmon ligneux, bien caractérisé, et le phlegmon aigu, on peut trouver toutes les formes intermédiaires. Mais il nous semble que le phlegmon ligneux ayant une allure typique, il est préférable de ne pas décrire sous son nom des phlegmons qui n'en reproduisent pas fidèlement les caractères.

L'observation II de Martinoff est attribuée, par MM. Sinitzyn et Vreden, au lymphangiome (Kudriashoff, 1902). Sans être aussi affirmatif, nous ne croyons pas devoir la rapporter au phlegmon ligneux. L'observation V de Roure semble avoir trait plutôt à un abcès à évolution chronique qu'à un phlegmon ligneux proprement dit; il en est de même pour les

observations I et III, de Braat. Le troisième cas de Capasso nous paraît se rapporter à une tumeur maligne. Fichtner décrit, sous le nom de forme légère du phlegmon ligneux, l'histoire de trois malades (Fichtner 4 et 5) qui nous paraissent avoir été atteints simplement d'adénite, avec légère périadénite.

Saussié, dans sa thèse, reproduit quatre observations de phlegmons ligneux de la paroi abdominale qui nous semblent discutables; son observation II (Duplay) et son observation III (Reclus) nous paraissent se rapporter à des abcès collectés à évolution chronique; il en est de même de ses observations V (Dolbeau) et XI (Descroizilles).

PATHOGÉNIE

Avant de chercher à comprendre la pathogénie des phlegmons ligneux, on doit se demander s'il s'agit d'une affection possédant une réelle individualité clinique, et s'il n'est pas possible d'y voir une simple forme évolutive d'affections telles que le cancer ou l'actinomycose.

Lang, dans sa thèse, en 1904, revenant sur une observation de Schmincke, dit que « l'essence du phlegmon ligneux est un cancroïde ». Sous cette forme, une telle opinion est insoutenable. Cliniquement, si le cancer peut revêtir un aspect analogue à celui du phlegmon ligneux, l'évolution est bien différente dans les deux cas. Où pourrait-on trouver une série d'observations de cancroïdes dans lesquelles la guérison soit la règle, la mort l'exception? Au point de vue anatomique, la différence est aussi tranchée, et, dans aucune observation, on ne relève la présence d'éléments cellulaires pouvant faire penser à une tumeur maligne.

La nature mycosique du phlegmon ligneux a été envisagée. Il est vrai que le doute est permis devant

certaines observations de malades rapidement améliorés par le traitement ioduré interne et chez qui l'on n'a fait aucun examen bactériologique; mais dans de nombreux cas l'actinomycose a été recherchée avec soin, à l'aide des procédés les plus modernes, et n'a pu être retrouvée. Nous pensons donc que l'actinomycose, pas plus que le cancroïde ne peut être la base constante du phlegmon ligneux.

Il est logique, au contraire, d'admettre que le phlegmon ligneux est produit par les nombreux microorganisme décelés soit dans le pus de ses abcès, soit dans les tissus même qui le constituent. Il s'agit donc, en définitive, d'une infection banale, que peuvent produire les microbes les plus divers; et l'on doit alors se demander comment des microbes qui produisent le plus souvent des inflammations aigues, comme le staphylocoque ou le streptocoque, peuvent, dans certains cas, causer une inflammation chronique aussi nettement caractérisée que le phlegmon ligneux.

La possibilité d'une affection bactérienne spécifique n'a jamais été sérieusement soutenue. M. Reclus la regrettait seulement en face de l'heureux résultat donné par le sérum antidiphtérique dans un de ses cas. On ne peut la retenir après les examens bactériologiques que nous avons rapportés.

Peut-on dire que l'aspect clinique du phlegmon ligneux est dû à la région où il se développe? Batsère (thèse, 1895) pensait trouver dans la disposition anatomique des aponévroses du cou, la raison de cet aspect. A ce moment l'on ne connaissait guère les phlegmons

ligneux extra-cervicaux, leur existence est venue détruire cette hypothèse.

Le phlegmon ligneux reste cependant bien plus fréquent au cou qu'en toute autre région. Ce fait est facilement explicable; le cou contient de nombreux ganglions collecteurs des vaisseaux lymphatiques des muqueuses du nez, de la bouche, du pharynx et du larynx et ces régions constituent des sources permanentes d'infection. Le phlegmon ligneux se développant fréquemment autour d'une adénite trouve ici un terrain des plus favorables. Le cou est aussi un organe découvert, exposé aux variations de température et c'est peut-être là une cause adjuvante d'une certaine importance.

Dans une discussion à la Société de Chirurgie en 1896, MM. Quénu et Reynier disaient que les caractères du phlegmon ligneux étaient dus à l'infection d'un organisme affaibli par des microbes de virulence atténuée. En effet, on retrouve ces deux caractères associés dans un certain nombre d'observations (Reclus 4 et 5, Kusnetzoff, Marsoo, Krause). D'autre part, dans les phlegmons post-opératoires, il est certain que les matériaux qui ont causé l'infection étaient peu virulents : la stérilisation, sans avoir été parfaite, avait détruit le plus grand nombre des microbes qu'ils contenaient. On se retrouve donc ici en face d'une infection atténuée évoluant sur des tissus rendus moins résistants par le traumatisme chirurgical. Dans les deux cas les conditions sont semblables, et nous pensons que le phlegmon ligneux évoluant le plus sou-

vent sur un terrain affaibli, c'est bien la virulence atténuée des agents pathogènes qui produit son aspect clinique si particulier. Ce qui confirme encore cette hypothèse, c'est la nature de la réaction histologique constatée. Alors que la réaction polynucléaire prédomine dans les inflammations aigues, on voit se développer à côté d'elle une réaction fibro-conjonctive dans les phlegmons ligneux à marche relativement rapide (Obs. de Moure). Cette réaction fibro-conjonctive atteint son maximum avec le minimum de polynucléose dans les phlegmons ligneux les plus typiques, à évolution très lente, comme dans le cas de Sicard, Gougerot et Gy.

Mais si, dans certains cas, on a constaté une moindre résistance du terrain, on doit se demander pourquoi des sujets ayant un bon état général ont parfois été atteints de phlegmons ligneux? Nous ne pouvons donner de réponse exacte sur ce point, mais il est permis de croire que chez un individu résistant, le phlegmon ligneux peut constituer une réaction de l'organisme devant une infection même virulente. Il faudrait, pour démontrer cette hypothèse, de nouveaux examens bactériologiques portant sur ces cas particuliers.

Un point d'interrogation subsiste : pourquoi le phlegmon ligneux est-il si rare chez les enfants qui, pourtant, plus fréquemment encore que l'adulte, présentent des infections pharyngées et ganglionnaires?

Il faut, pour le comprendre, considérer le riche développement du tissu lymphoïde chez l'enfant et ses réactions bien connues de défense contre les infections.

Fichtner a rapporté des observations où une adénite

subaigue avec tendance à la périadénite, qui se serait peut-être chez l'adulte terminée par un phlegmon ligneux, disparut après quelque temps sans en réaliser nettement le tableau clinique. C'est pourquoi nous avons rejeté ces observations comme n'ayant pas trait au phlegmon ligneux type; peut-être est-il permis de penser qu'elles nous montrent ce qui se produit chez l'enfant, lorsqu'il est placé dans les conditions où l'adulte réagirait par la formation d'un de ces phlegmons. Nous croyons donc que le phlegmon ligneux de Reclus n'est qu'une forme nettement différenciée d'inflammation chronique, due le plus souvent à des microbes banaux, de virulence atténuée, évoluant sur un organisme affaibli.

Une confusion semble s'être faite, dans l'esprit de quelques auteurs, sur les caractères de ce phlegmon. Nous pensons que, sous le nom de phlegmon ligneux, on ne doit décrire que ces phlegmons tendant à la diffusion et à l'extension progressive, offrant une dureté spéciale, et évoluant de façon chronique. Castan, au contraire, veut englober sous le nom de phlegmon ligneux tous les phlegmons durs et cite à ce propos deux cas de phlegmons à dureté ligneuse ayant évolué de façon suraiguë. A notre avis, c'est là méconnaître la pensée de M. Reclus, lorsqu'il a créé le terme de phlegmon ligneux. Le nom d'une maladie ne peut, à lui seul, renfermer tous les caractères de cette maladie, et pour conserver à la question qui nous occupe ses limites précises, nous pensons que l'on doit sous-

entendre ces caractères qu'un nom seul ne peut exprimer.

Ce nom même a varié suivant les auteurs : phlegmon ligneux du cou au début, affection dénommée phlegmon ligneux pour quelques auteurs, phlegmon ligneux chronique pour Roure. Il manque donc une formule définitive pour désigner cette affection et éviter les confusions. Tous les auteurs qui ont étudié cette question ajoutent, pour finir de la caractériser, que c'est M. Reclus qui a créé le terme de phlegmon ligneux et a précisé ce qu'il entendait par là. Pour éviter toute amphibologie, on pourrait dire : le phlegmon ligneux de Reclus, indiquant ainsi à quelle source on devra se reporter lorsqu'on aura quelques doutes sur les caractères de cette affection.

OBSERVATIONS

PHLEGMONS LIGNEUX DU COU

OBSERVATION 1

Reclus (1). *In thèse Batsère, Paris,* 1894-95.

Il s'agissait d'un homme d'une quarantaine d'années, entré à Broussais pour un gonflement du cou; toute la région antérieure, de l'os hyoïde au sternum, et du muscle mastoïdien droit au muscle mastoïdien gauche était comme blindée par une peau épaissie, d'un rouge vineux, qui formait une sorte de tumeur aplatie, mais limitée par des bords surélevés; elle était d'une dureté ligneuse et telle, que je me demandai, pendant plusieurs jours, s'il ne s'agissait pas d'un large squirrhe des téguments. La gêne était considérable, les mouvements de flexion, d'extension et de latéralité presque impossibles; il n'y avait que peu de douleur spontanée et provoquée; à peine une souffrance sourde sous une pression un peu vive; ni frisson, ni fièvre, et, pour expliquer l'appa-

rition du mal, rien qu'une misère physiologique assez prononcée.

La rougeur datait déjà de trois semaines; au bout de quinze jours seulement, les téguments devinrent adémateux; plusieurs foyers de suppuration apparurent qui furent ouverts et notre homme finit par guérir lentement.

OBSERVATION 2

RECLUS (2). *In thèse Batsère.*

C'est un homme de 50 ans, maigre, chétif, miné par l'alcoolisme et la misère qui entre à l'hôpital pour une tuméfaction située dans la région cervicale. Il raconte que la plaque d'un rouge vineux qu'il porte au devant du cou avait débuté dans la région sous-maxillaire trois semaines auparavant et s'était accrue peu à peu en causant plus de gêne que de douleur. Au moment de notre examen, elle a envahi la moitié gauche du cou et forme une saillie à bords surélevés; la dureté en est excessive, et, pour ce cas, l'idée d'une tumeur maligne nous vint encore, d'autant plus que les tissus profonds semblaient envahis et que la respiration commençait à être difficile. La palpation la plus minutieuse ne me permit de reconnaître aucun point œdémateux, aucune partie fluctuante, la dureté ligneuse semblable à celle du squirrhe était partout la même. Le soir, vers cinq heures, le jour même de son entrée, des phénomènes asphyxiques survinrent et, à huit heures, le malade était emporté subitement par un œdème de la glotte. L'autopsie ne put en être pratiquée, par suite du refus formel de la famille.

OBSERVATION 3

RECLUS (3). *In thèse Batsère.*

Il s'agit d'un octogénaire chez lequel je fus appelé pour un gonflement indolore de la région sus-claviculaire envahie

par une tuméfaction dure, par un épaississement considérable de la peau, d'un rouge vineux, d'une résistance de bois et limité en arrière par le trapèze, en avant par la ligne médiane, en haut par la région sous-maxillaire; le gonflement se termine par des bords saillants, sortes de bourrelets presque du volume du doigt, au delà desquels les téguments reprennent leur souplesse et leur coloration normales. Le mal s'est développé lentement, sans souffrances et occasionne plus de gêne que de douleur. La fièvre semble avoir fait défaut. Vers la cinquième semaine, un point œdémateux, puis fluctuant, se développe sur la partie inférieure; j'y pratique au thermo-cautère une tranchée profonde de 4 à 5 centimètres. L'effet en est excellent. Les tissus se dégagent et la guérison survient après une longue période d'élimination et de réparation. Dans ce cas, pas plus que dans les précédents, l'examen bactériologique n'a été fait.

OBSERVATION 4

RECLUS (4). *In thèse Batsère.*

A... W..., 59 ans, bijoutier. Peut-être a-t-il eu la syphilis? Deux de ses sœurs sont mortes tuberculeuses. Il n'y a pas de tare viscérale appréciable, et le malade ne signale qu'un premier ganglion survenu, il y a 14 ans, dans la région sus-claviculaire gauche, et un second, développé il y a 4 ans, dans la région sous-maxillaire, du même côté, le long du sterno-mastoïdien. C'est au niveau de ce ganglion, que, le 10 mai 1893, une tuméfaction est apparue, qui s'accompagnait d'une sensation générale de malaise, de maux de tête, et d'un peu de chaleur locale. Ce gonflement, d'abord le long du muscle sterno-mastoïdien, où il présentait, suivant le dire du malade, l'aspect d'une grosse corde, tendue, très dure, soulevant la peau, occupa bientôt la région parotidienne et rétro-auriculaire, ainsi que toute la dépression sous-maxillaire. Les mouvements de rotation et de latéralité de la tête, encore libres pendant quelques jours, ne tardent pas à deve-

nir limités, en raison des adhérences qui se forment reliant la tumeur à la peau d'une part, et, d'autre part, aux parties profondes : muscles et aponévroses. Les mouvements de deglutition sont entièrement libres, puisque la tumeur ne s'étend pas jusqu'au larynx. Il est à noter que le malade ne ressent presque pas de douleur, pas plus à la pression que spontanément. Au bout d'un mois environ, voyant que la tuméfaction avait plutôt de la tendance à augmenter qu'à disparaître, le malade entre à l'hôpital où l'on constate l'état suivant : Au niveau de la région que nous avons indiquée, on trouve une grande plaque rouge surélevée au-dessus des tissus environnants. Elle est d'une coloration rouge violacée. La dureté est ligneuse et donne la sensation d'un cancer en cuirasse. La résistance et la coloration s'arrêtent presque brusquement en formant un bourrelet assez marqué mais plus sensible au toucher qu'à la vue. Il limite une étendue plus large que les deux paumes de main; en aucun point de ce foyer, on ne constate ni mollesse œdémateuse, ni fluctuation. M. Reclus se demande s'il ne s'agit pas d'une tumeur maligne, d'une adénite ou d'une périadénite cancéreuse. La persistance de cet état pendant trois semaines environ, l'absence de réaction fébrile, la chronicité de cette phlogose viennent augmenter le doute.

Cependant, peu à peu, aux confins postérieurs de cette tuméfaction, à la lisière des cheveux et sur la nuque, la coloration se modifie, elle devient plus sombre, plus violente; la consistance en est œdémateuse, et sous la pression, le doigt y laisse son empreinte. Le 20 juin, la fluctuation est manifeste; il est possible de marquer les limites d'une collection purulente, qui est incisée vers le crâne, et où l'on prélève, pour l'étude bactériologique, une certaine quantité de liquide. Un second foyer semble se dessiner trois jours après, en amont du premier et une nouvelle incision est pratiquée, mais le centre de la tuméfaction est aussi dur, car ce n'est que vers la fin de juillet que la consistance a diminué. Une nouvelle ponction a été faite au bistouri et drainée, et c'est à partir de ce moment que les bords de ce phlegmon chronique se sont affaissés, les téguments assouplis et la

rougeur atténuée. Le diagnostic porté par M. Reclus se confirme; mais il faut cette disparition graduelle du mal, pour dissiper les craintes, car cette coloration, cette résistance, l'aspect de la tuméfaction faisaient, à chaque examen, redouter une dégénérescence cancéreuse.

On constate encore néanmoins des poussées inflammatoires nouvelles, sans fièvre et sans douleur, avec seulement une sensation de chaleur au niveau des points qui vont s'abcéder. Et, pendant un an, environ tous les mois, de petits abcès circonscrits se forment au-dessus de la masse indurée, indépendants les uns des autres. Par des incisions au thermo-cautère, on donne issue chaque fois à une très petite quantité de pus liquide et mélangé de sang. Mais l'induration continue, quoique diminuée, et la peau garde sa coloration rouge, violacée.

Une dernière incision, faite au mois de mars 94, avec le thermo-cautère, pénètre profondément. Elle part du point d'insertion du sterno-mastoïdien à l'apophyse mastoïde, et descend parallèlement à ce muscle dans une étendue de 8 centimètres. Un curage laborieux donne lieu à l'écoulement d'une certaine quantité de sang, n'entraînant que très peu de pus. Les tissus sont durs, résistants à la curette, et présentent un aspect lardacé. Dans les pansements qui sont faits après cette intervention, on constate pendant longtemps la présence d'une très petite quantité de liquide purulent. Deux mois après, la cicatrisation de cette dernière ouverture étant complète, le malade sort de l'hôpital.

Nous le revoyons, au bout de 10 mois, le cou est plus gros du côté malade que du côté sain. On voit les cicatrices des nombreuses incisions, surtout de la dernière, la plus profonde et la plus étendue. La peau, fibreuse à ce niveau, est d'une couleur blanc nacré, qui contraste avec la coloration diffuse, encore un peu rouge. Une légère pression, faite avec le doigt, sur ces derniers points, pour chasser le sang contenu dans les capillaires, montre, par le rapide retour sanguin, succédant à la pâleur momentanée, qu'il existe une plus grande vascularisation qu'à l'état normal.

A la palpation, la peau est adhérente dans toute la région

primitivement atteinte. La sensation d'empâtement profond existe encore. De plus, les divers mouvements du cou n'ont pas toute leur étendue, ce qui résulte des nombreuses adhérences qui unissent les muscles, les aponévroses et le tissu cellulaire. Au niveau du rebord du maxillaire, près de l'angle, on sent un gros ganglion, très dur, indolore, qui ne se laisse pas déplacer, et dont la surface est uniforme, sans bosselures. Le malade n'a pas souffert depuis sa sortie de l'hôpital. Aucun nouvel abcès ne s'est formé, et ce qui reste d'induration le gêne très peu. Sa santé générale est excellente, il est complètement guéri.

L'examen bactériologique du pus a été fait par M. Tixeron, élève du service. Il a préparé six lamelles, deux sont réservées pour les recherches par coloration simple, les quatre autres sont destinées à la double coloration. L'examen par la coloration simple avec la solution aqueuse du bleu de méthylène à froid montre quelques diplocoques disséminés dans le champ microscopique et deux ou trois chaînettes du même diplocoque; en somme, à cette première épreuve, on constate que le pus est peu chargé en micro-organisme. La double coloration ne décèle aucun bacille tuberculeux, mais la préparation est remplie de diplocoques disséminés ou en chaînettes, ou agglomérés. Quelques-uns sont inclus dans les leucocytes. Le pus renferme donc un micro-organisme difficilement colorable, propriété qu'il doit sans doute à une membrane d'enveloppe qui se dissout par la chaleur, et qui permet ainsi au bacille de devenir colorable. Ainsi, lorsqu'on prend deux lamelles de pus et qu'on les frotte, l'une contre l'autre, si on traite l'une par le bleu de méthylène concentré à froid, et l'autre par du bleu de méthylène très étendu, à chaud, on ne trouve que de rares diplocoques dans la première, tandis que la seconde en renferme un très grand nombre. Des ensemencements ont été faits sur gélatine, sur de l'agar-agar, et dans du bouillon. Les cultures ont été lentes à se développer. Cependant au troisième jour, le bouillon était légèrement trouble. Il s'était aussi développé quelques colonies sur la gélatine et dans l'agar-agar. Elles

n'avaient nullement l'aspect de streptocoques, des staphylocoques et des diplocoques des suppurations ordinaires.

OBSERVATION 5

RECLUS (5). *In thèse Batsère.*

Le 30 octobre 1894, un employé d'octroi, H....., est venu consulter le docteur Reclus pour un gonflement du cou qui l'empêche de boutonner sa tunique et gêne les mouvements et la déglutition.

Le cou est volumineux à sa partie antérieure. Il semble diminué de hauteur et enfoncé entre les épaules. La tête est, d'ailleurs, dans la rectitude parfaite et se remue sans douleur. La tuméfaction est nettement limitée à la région sous-hyoïdienne, ou pour mieux dire, prélaryngée. On ne constate aucun changement de coloration de la peau, sauf en un point, au centre de la tumeur où elle paraît légèrement rosée.

La palpation permet de préciser les limites de la tuméfaction. En haut, elle s'arrête au-dessous du bord supérieur du cartilage thyroïde. En bas, elle comble la dépression sous-sternale, surplombe la clavicule du côté droit, et semble plonger dans le thorax. Latéralement, elle a pour limites, à gauche : le muscle sterno-mastoïdien dont on peut sentir les faisceaux postérieurs. A droite : elle englobe la saillie de ce muscle et s'étend jusqu'au bord antérieur de la clavicule. Elle empiète donc un peu plus à droite qu'à gauche. On constate que cette tuméfaction est absolument uniforme et sans bosselures. Sa consistance est la même dans tous les points de sa surface; elle est d'une dureté ligneuse. La peau glisse facilement sur la tumeur dans toute son étendue, sauf à la partie centrale, au niveau du point rosé où l'on constate un léger degré d'adhérence.

Si on essaie de la déplacer, on la trouve à peu près immobile; on ne peut la faire glisser ni dans le sens vertical, ni dans le sens horizontal. Elle semble adhérer au sternum

et aux clavicules. En revanche le cylindre laryngo-trachéal se meut parfaitement en arrière dans les efforts de la déglutition. Dans le creux sus-claviculaire gauche, on sent deux ou trois petits ganglions durs, indolents et roulant sous le doigt.

En aucun point de la tumeur, on ne sent de fluctuation superficielle ou profonde. Pas de douleur à la pression, pas de chaleur à ce niveau, pas de fièvre. M. le docteur Reclus, au grand étonnement de tous ceux qui étaient présents, porte le diagnostic de phlegmon ligneux, tout en reconnaissant la grande ressemblance qui existe entre cette affection et une tumeur maligne, et décide le malade à entrer à l'hôpital.

31 octobre. — C'est alors que nous avons pu interroger le malade sur le début de son affection et prendre sa température qui ne dépasse pas 37°. C'est un homme de 35 ans, assez vigoureux, et n'ayant jamais fait de maladie sérieuse. Son teint est pâle; mais il n'a jamais, paraît-il, été plus coloré, même avant sa maladie. Il a, cependant, un peu maigri depuis quelques mois. Comme antécédents héréditaires, nous ne trouvons rien à noter au point de vue tuberculeux ou cancéreux. Comme antécédents personnels, nous n'avons relevé qu'une fièvre intermittente à l'âge de 15 ans, dans son pays natal, la Bretagne. Cette maladie a été de courte durée. A 21 ans, il a fait son service militaire. N'a pas eu la syphilis, et déclare une blennorrhagie à l'âge de 31 ans, suivie d'une orchite bénigne. Il n'en est resté qu'une induration de l'épididyme et des traces d'hydrocèle bilatérale. Sa profession d'employé d'octroi l'oblige à monter des gardes de jour et de nuit pendant 24 heures, tous les deux jours. Malgré les refroidissements fréquents auxquels il est exposé, il n'a jamais eu de bronchite, et ne se rappelle avoir eu aucune angine, ni laryngite, antérieures à sa maladie.

Le début de l'affection pour laquelle il est entré à l'hôpital remonte à quatre mois. Le 29 juin 1894, il a commencé à ressentir un léger mal de gorge, qui tout d'abord ne le gênait pas pour manger, et ne s'est accompagné de fièvre ni frisson. Cette douleur, au lieu de disparaître, est devenue continue en présentant des intermittences dans la facilité

des mouvements de déglutition. C'est ainsi que, certains jours, au moment où le bol alimentaire solide arrivait dans l'arrière-gorge, le malade ressentait une vive douleur qui l'obligeait à rejeter aussitôt tout son contenu buccal. Sa voix se voilait aussi parfois, pendant une demi-journee, puis redevenait claire pendant plusieurs jours. Six semaines après le début du mal de gorge, son cou s'est mis à grossir et à durcir. Ce gonflement s'est fait d'une manière lente et progressive pendant un mois et demi, sans fièvre, sans douleur et ce n'est que depuis 15 jours, c'est-à-dire le 17 octobre, que le malade a dû cesser ses fonctions.

Avant de venir consulter M. Reclus, à la Pitié, il est allé à Lariboisière. M. Gouguenheim a pensé d'abord à une carie vertébrale, puis à une tuberculose du larynx et l'a adressé à M. le Dr Perrier, qui porte le diagnostic de sarcome englobant du larynx.

1er novembre. — Un pansement humide appliqué autour du cou lui procure un certain soulagement. Il se sent moins gêné dans ses mouvements. Néanmoins, la peau devient rouge au centre de la tumeur, et le malade accuse à ce niveau une sensation de chaleur accompagnée d'une certaine douleur. La région s'œdématie, et il se forme un bourrelet transversal. La rougeur s'étend à toute la portion prélaryngée et devient violacée au niveau du bourrelet. Là, on sent une fluctuation très superficielle, très limitée; c'est un petit abcès, qui soulève la peau au centre de la tumeur, un peu à droite de la ligne médiane.

5 novembre. — Après une injection de 3 centigrammes de cocaïne, une incision transversale de 4 centimètres donne issue à une cuillerée à café de pus qui est aspiré dans deux pipettes et envoyé à M. le docteur Lesage. Le lendemain, on enlève le pansement. La poche de l'abcès est grosse comme une noisette; elle est sans anfractuosités. Les parois sont rouges, finement grenues et ne suppurent pas. L'œdème a disparu et la tumeur offre la même dureté ligneuse dans toutes ses parties. M. Reclus fait remarquer que même après l'ouverture de l'abcès on pourrait croire à une tumeur maligne, car les parois de la petite cavité en ont tout à

fait l'aspect. Le malade, qui a eu une recrudescence de son mal de gorge, après l'opération, sans fièvre cependant, avale plus facilement dans les jours qui suivent et recommence à manger du pain et de la viande.

13 novembre. — L'œdème et la rougeur réapparaissent, et un deuxième abcès est ouvert à gauche du premier. Il s'en écoule juste assez de pus pour remplir le fond d'une pipette confiée à M. Lesage. L'aspect du fond de la cavité est le même que dans le premier abcès. Les phénomènes inflammatoires cessent et de nouveau on se trouve en présence de l'induration ligneuse.

23 novembre. — Troisième abcès à droite et au-dessous de la première incision, au niveau de l'extrémité interne de la clavicule droite. Cet abcès est minuscule; on n'en retire qu'une goutte de pus qui est recueillie dans une pipette. La tuméfaction a conservé ses limites en haut et latéralement, mais elle a envahi la partie supérieure du thorax, jusqu'au niveau du premier espace intercostal, au devant du sternum. Les jours suivants, la tuméfaction s'étend vers la partie supérieure et franchit pour la première fois le rebord du cartilage thyroïde. On ne le sent presque plus, et l'on constate qu'il glisse moins facilement sous la peau. Des adhérences commencent donc à se former entre le larynx et la tuméfaction. Les jours suivants, la pomme d'Adam devient de nouveau perceptible au toucher et un quatrième abcès se forme au niveau de la clavicule droite.

30 novembre. — Incision de cet abcès qui donne lieu à l'écoulement d'une très petite quantité de pus mélangé de sang. Pendant l'opération, on voit que la tuméfaction suit les mouvements du larynx, dans la déglutition. De plus, lorsque le malade avale, la tumeur étant bridée par ses adhérences au sternum et aux clavicules, gêne l'ascension du larynx, qui ne se fait que par suite d'un soulèvement en masse de la peau du cou, de celle du thorax et du thorax lui-même.

Néanmoins, le malade n'est pas gêné pour respirer; mais il présente toujours de la raucité de la voix. Il se plaint seulement d'avaler avec peine la salive.

5 décembre. — La rougeur descend plus bas au devant du sternum, on sent en ce point un petit abcès situé au niveau de la première pièce de cet os. Rien de particulier à noter jusqu'à la sortie du malade le 9 janvier. Les points incisés sont restés fistuleux. De temps en temps, quelques gouttes de pus s'échappent par les orifices. La tumeur est encore adhérente et immobile dans tous les sens. Les mouvements d'extension de la tête ne s'effectuent pas en totalité à cause des adhérences au sternum et au larynx. La peau a conservé sa coloration rouge lie de vin, surtout accentuée au niveau des orifices fistuleux. La dureté ligneuse est la même.

26 janvier. — Depuis sa sortie, deux nouveaux abcès se sont ouverts. Le dernier, plus gros que les précédents s'est vidé par un des anciens orifices. L'aspect de la tuméfaction est sensiblement le même qu'à la sortie. Peut-être, cependant, l'adhérence au larynx est-elle moins intime. Les anciens trajets fistuleux sont toujours violacés et livrent passage à un suintement purulent. On remarque un petit ganglion dur et indolent au devant de l'os hyoïde et un autre à l'angle du maxillaire inférieur gauche. L'enrouement ne s'est pas modifié; impossibilité de crier. Le malade se plaint encore de souffrir surtout la nuit quand il veut avaler sa salive. Il a maigri et ne pèse que 65 kilog., au lieu de 71 kilogr. qu'il pesait avant d'être malade.

30 janvier. — L'examen laryngoscopique fait par M. le docteur Luc n'a révélé qu'une légère hyperémie de la corde vocale droite. La rougeur est normale dans tout le reste de la muqueuse. On n'y découvre pas la moindre trace d'ulcération ou de lésion quelconque endo-laryngée. Les deux cordes vocales fonctionnent également bien; il n'y a pas de déformation du cylindre laryngo-trachéal ni de signes de compression.

8 février. — Nous basant sur les résultats bactériologiques obtenus par M. le docteur Lesage nous avons fait une injection de 20 gr. de sérum antidiphtérique sous la peau du flanc gauche. Elle n'a donné lieu à aucune élévation de la température dans la journée. Le lendemain, à la visite du

matin, le malade déclare qu'il n'a pas ressenti pendant la nuit ces douleurs dont il se plaignait depuis si longtemps. La déglutition des aliments semble se faire plus facilement. Du côté de la peau, on constate au niveau de toutes les cicatrices une réaction inflammatoire avec coloration rouge plus intenses que les jours précédents. Le lendemain et le surlendemain, injection de 10 gr. de sérum. L'examen des urines est resté négatif. Le malade assure que ses mouvements de rotation de la tête et de déglutition sont moins gênés. Le cou est moins empâté; les muscles se dégagent; on peut sentir les faisceaux antérieurs du muscle sterno-mastoïdien droit. Le larynx, qui est encore englobé dans une masse dure est cependant mobilisable de chaque côté. De plus, dans ses mouvements d'élévation, il n'est plus aussi solidement bridé par les adhérences; il a un jeu plus libre. M. Reclus déclare à plusieurs reprises, que la masse indurée a nettement diminué de volume et nous conseille de recommencer nos injections.

15 février. — Un peu de sérosité claire sort d'un des orifices fistuleux; les autres sont fermés et cicatrisés. Le malade va de mieux en mieux. Son appétit est meilleur; il a augmenté de poids; 800 gr. environ. Une nouvelle injection de sérum (20 gr.) est très bien supportée. Pas de changement de température, pas d'albuminurie. Les jours suivants, la coloration de la peau devient d'un rouge moins violent. La souplesse des tissus s'affirme de plus en plus; on sent les saillies des cartilages du larynx. Le malade déclare qu'il se trouve si amélioré, que dès que la rougeur aura disparu et que tous les abcès seront fermés, il quittera l'hôpital.

4 mars. — L'amélioration persiste dans les points où elle s'est montrée, mais il se fait une nouvelle poussée d'induration, au niveau des attaches claviculaires du sterno-mastoïdien droit. Le malade n'a rien senti de particulier en ces points-là; c'est l'examen seul qui a révélé cet accroissement partiel de la tuméfaction. M. Reclus décide d'intervenir avec le thermo-cautère. Les jours suivants, cette induration disparaît d'une façon très notable, sans qu'on ait eu recours

aux cautérisations, et l'état du malade redevient le même qu'avant cette nouvelle poussée.

Quelques jours après, le malade sort de l'hôpital, dans un état très satisfaisant.

Examen bactériologique :

Le microscope avait montré dans le liquide purulent, au milieu de leucocytes granuleux, quelques rares bacilles courts colorés facilement par le bleu de Lôffler et par le bleu de Roux et difficilement par la méthode de Gram. La culture, avec une petite quantité de pus, resta négative; mais elle fut positive quand on fit l'ensemencement avec 2 centimètres cubes de pus. Il faut donc admettre que ce pus était très pauvre en germes. Les cultures positives sur sérum et sur gélose sont en tous points semblables à celles de la forme courte du bacille de Lôffler dont elles ont tous les caractères de coloration. On a obtenu deux cultures, mais à la troisième reprise, la pousse ne s'est pas effectuée. En somme, il s'agit ici d'un bacille diphtéritique ou pseudo-diphtéritique rare et de virulence très atténuée.

OBSERVATION 6

M. Ch. Monod. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1896, p. 459

M..., homme, 27 ans, entré le 4 janvier 1892 à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Monod, présentait à la partie gauche du cou un gonflement mal limité, étendu à toute la hauteur du cou et dépassant la ligne médiane en avant, de consistance ferme, comme ligneuse, survenue sans cause appréciable, trois semaines avant l'entrée du malade à l'hôpital.

Du 4 au 16 janvier, pansements humides; fin de la gêne des mouvements du cou, peu de douleur.

Ce n'est qu'à partir du 14 janvier que l'on reconnaît le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien une région moins dure et qui semble devoir devenir fluctuante.

16 janvier. — Longue incision le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien. On pénètre dans un espace plutôt que

dans une cavité, sous-aponévrotique, d'où ne s'écoule pas une goutte de pus; on en sort par expression une matière granuleuse, ayant l'aspect de ganglions ramollis; il semble que l'on soit en présence d'un tissu cellulaire infiltré par une inflammation diphtéroïde.

Suture partielle de l'incision, drain sans son extrémité inférieure.

Marche. Il s'écoule, en poursuivant, à peine quelques gouttes de pus par le drain qui est supprimé dès le 20 janvier. L'empâtement persiste.

Un gonflement semblable se produit du côté opposé, à droite; gonflement dur, sans fluctuation perceptible.

Deuxième incision, à droite, le 30 janvier, en arrière du sterno-mastoïdien, à la partie supérieure du creux sus-claviculaire; incision transversale en un point où la fluctuation semble évidente.

Il s'écoule, en effet, une bonne cuillerée à soupe de pus phlegmoneux, le doigt explorant la cavité sent les vertèbres cervicales. Drain.

Marche. Ecoulement de pus modéré. Le 5 février, suppression du drain, l'empâtement persiste à droite.

13 février. — Le malade part pour Vincennes.

1er mars. — A gauche, il reste un trajet fistuleux d'environ 2 cm. 5 de profondeur.

A droite, l'incision faite est cicatrisée; le gonflement a beaucoup diminué, le cou tend à reprendre sa souplesse.

Le malade est perdu de vue.

OBSERVATION 7

Dupuytren. *In Rognetta,* 1833.

La région latérale du cou est quelquefois le siège d'une inflammation phlegmoneuse profonde, qui s'étend, dans l'espace d'un demi-pied carré, depuis l'oreille jusqu'à la clavicule, et depuis la nuque jusqu'au larynx. C'est ce que M. Dupuytren a appelé phlegmon large du cou. Ce mal se

déclare dans des circonstances particulières et demande beaucoup d'attention dans son traitement.

Trois fois jusqu'à ce jour, le phlegmon large du cou s'est offert à notre observation. Dans l'un de ces cas c'était une jeune femme, marchande de vins, qui en était atteinte. Le mal existait depuis six mois, avait passé à l'état chronique; et, par l'espèce de trismus inflammatoire qu'il occasionnait, la malade, ne pouvant se nourrir que d'aliments liquides, était tombée dans une espèce de marasme. Nous avons observé les 2 autres cas à la clinique de M. Dupuytren. De ces deux malades, l'un était une femme âgée de 42 ans, marchande de poissons à la halle; l'autre était un jeune maçon âgé de 22 ans.

Chez tous, le phlegmon s'est déclaré par un mal de gorge qui fut bientôt suivi de raideur, par des douleurs lancinantes et un gonflement avec rougeur à l'un des côtés du cou. Le gonflement s'est étendu jusqu'à la joue correspondante. Tous les muscles et les glandes du cou et de la mâchoire inférieure étant compris dans ce mal il y avait à la fois torticolis et trismus plus ou moins complets. La fièvre, l'insomnie et quelques symptômes cérébraux accompagnent ordinairement le phlegmon large du cou. La tumeur est extrêmement dure au toucher, surtout au-dessous de l'oreille; sa sensibilité et sa rougeur sont plus prononcées dans certains points que dans d'autres. Le mal tout entier n'a pas de limites bien circonscrites; son développement est complet dans le cours de la première quinzaine.

Si vous observez le phlegmon large du cou du quinzième au vingtième jour de son existence, vous y trouverez une dureté inégale, de la rougeur et de la douleur. Un certain empâtement au toucher vous fera soupçonner, il est vrai, la présence de pus dans la tumeur mais vous ne sentirez nulle part une fluctuation bien manifeste : c'est que la matière de la suppuration, quoique formée, n'est pas ramassée dans un foyer unique et circonscrit comme dans les autres abcès; elle se trouve infiltrée, disséminée en quelque sorte, dans les interstices des muscles du cou et dans les mailles du tissu cellulaire de cette région. Vous attendrez inutilement que la

fluctuation se manifeste d'elle-même plus tard; si vous n'aidez pas la nature, il est probable que le mal passera à l'état chronique. L'expérience a montré qu'abandonné à la nature, le phlegmon large du cou dure indéfiniment. Six mois après l'existence du mal, la marchande de vins dont nous avons parlé, se trouvait encore dans les conditions que nous avons décrites. Mais si cette maladie est traitée à temps et convenablement, sa durée totale ne dépasse pas le trentième jour.

OBSERVATION 8

Le Dentu. *In dictionnaire Jaccoud,* 1879.

Il y a environ 5 ans, je donnai des soins à une dame pourvue d'un embonpoint considérable, non diabétique, dont un autre chirurgien avait commencé le traitement. Cette malade portait entre la nuque et l'acromion du côté gauche une plaque indurée, rouge, sensible à la pression, dont l'apparition remontait à environ trois semaines. Des phénomènes inflammatoires évidents, d'une évolution lente, sans tendance à la suppuration dans les délais normaux avaient amené le premier chirurgien à pratiquer une incision pour provoquer la résolution. Cette incision était presque entièrement cicatrisée lorsque je vis la malade, pour la première fois. Ayant senti nettement de la fluctuation au bout de 4 à 5 jours seulement, je fis deux nouvelles incisions qui donnèrent issue à une certaine quantité de pus. A partir de ce moment, la maladie marcha régulièrement vers la guérison.

OBSERVATION 9

Von Orloff (2). *Kirurgia,* 1898.

Cas observé à la clinique particulière des docteurs Vilga et Jermunski. Il s'agit d'un malade de 14 ans qui, au début

de janvier 1897, eut une tumeur derrière l'oreille, tumeur qui augmentait malgré l'iodure et les compresses chaudes. En octobre, l'inflammation occupait la moitié du cou et se fistulisait, avec issue de pus sans granulations.

On pensa au phlegmon chronique et on fit une incision. Les tissus étaient blanchâtres et friables, on en préleva des morceaux. Au premier pansement, les tissus apparurent absolument blancs. Dans la suite, ces tissus tombèrent ou furent excisés aux ciseaux. La guérison survint après ouverture de ce premier abcès.

A l'examen microscopique des masses enlevées, on trouva une néoformation du tissu cellulaire à la périphérie et au centre de la nécrose. A cet endroit, il y avait des coccis et des bâtonnets qui se coloraient par le Gram. Cela démontrait qu'il y avait eu infection mixte.

OBSERVATION 10

Von Orloff (3). *Kirurgia,* 1898.

Cas observé à la clinique chirurgicale de la Faculté de Moscou, en 1895. Il s'agit d'un homme de 50 ans, commerçant. Dix-huit ans auparavant il eut, sur les deux épaules, des ulcérations apparues sans cause visible, qui persistèrent trois ans puis se cicatrisèrent.

Il y a deux ans, le malade vit s'enflammer la partie gauche de son cou, mais il ne s'en inquiéta pas. La tumeur était apparue entre le larynx et le muscle sterno-mastoïdien et s'étendait en dehors. Trois mois avant son entrée à la clinique, il s'est montré sur la région du muscle sterno-cleido-mastoïdien un abcès qui a été ouvert et a donné issue à un peu de pus. Ensuite l'inflammation a augmenté, amenant de la difficulté de la déglutition, et elle a augmenté rapidement. Elle occupe maintenant toute la moitié gauche du cou, le larynx est un peu déplacé à droite et la tumeur s'étend en dehors et en arrière jusqu'aux apophyses transverses des vertèbres cervicales. La limite inférieure est la clavicule, la

limite supérieure une ligne horizontale passant par le lobe de l'oreille. La tumeur est plus consistante au centre qu'à la périphérie. A cet endroit, il y a une ouverture d'où sort un peu de liquide purulent dans lequel on n'a rien trouvé et en particulier pas d'actinomycose. On a fait une incision en dedans du sterno-mastoïdien sur le passage de la fistule. Le tissu infiltré était si dense qu'il criait sous le couteau. Tous les tissus étaient altérés et avaient même aspect.

L'examen microscopique a montré qu'on avait affaire à une inflammation du tissu conjonctif avec néoformation cellulaire.

Le traitement consista en compresses chaudes et iode à l'intérieur.

On n'a pas remarqué d'augmentation de l'inflammation pendant le séjour du malade à la clinique, pendant trois mois et demi. On a continué le traitement iodé.

OBSERVATION 11

KRAUSE (1). *Centralblatt für Clin.*, 1899.

Il s'agit d'une femme de 35 ans qui a vu brusquement apparaître une tumeur sous le menton, il y a 8 jours. La température est normale. La tumeur est indolore mais s'étend en bas et à droite.

Dans la nuit du 4 au 5 décembre, la malade ne put dormir à cause d'angoisse respiratoire fréquente et ne put rester au lit. Après un vomissement provoqué, il y eut une légère amélioration.

Au laryngoscope, l'aspect du larynx était normal.

Cette femme était de bonne constitution, avait eu dix enfants, et n'avait jamais été malade.

Il n'y a pas de fièvre, le pouls est à 56°, les organes internes sont normaux.

La malade se plaint de malaise général et de douleur vive à la déglutition même des liquides qui passent difficilement.

L'inflammation va en arrière jusqu'à la nuque, en haut jusqu'à la mâchoire, en avant jusqu'à la face antérieure du

cou, en bas jusqu'à la clavicule et au sternum. A gauche, elle atteint jusqu'au bord interne du sterno-mastoïdien.

La tumeur est dure comme le bois, comme recouverte par une cuirasse, et bien nettement limitée. Elle est douloureuse à la pression forte, mais non spontanément. La peau est blanche et non œdémateuse. Il n'y a pas de fluctuation. Les mouvements de la tête sont difficiles.

Il n'y a rien de particulier dans la bouche, pas de ganglions enflammés.

Au bout de quelques jours, il s'est développé, au-dessus du sternum, un abcès que l'on a incisé. Après l'évacuation de 10 c. c. de pus environ, la plaie semblait très profonde. Deux jours après, la malade était mieux, sans fièvre, avec un pouls normal.

La plaie se guérit bien, la tumeur diminua lentement, la consistance redevint progressivement normale, et, le 15 janvier 1897, la plaie était définitivement fermée; mais sur la partie droite du cou, il restait une petite induration qui disparut complètement au bout de quelques jours.

L'ensemencement du pus sur agar et gélatine resta négatif.

OBSERVATION 12

KUSNETZOFF. *Archiv. für Klinische Chir.*, 1899.

En octobre 1896, M. Ch. J. K., propriétaire foncier du gouvernement de Pultava, m'a consulté. Il était petit, maigre, affaibli et âgé de 69 ans.

Sur la partie antérieure du cou, depuis le bord du menton jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde, on voyait une tumeur de consistance de cartilage, recouverte d'une peau un peu rouge, mais mobile. La tumeur était limitée par un bord consistant, s'étendait jusqu'au bord du sterno-mastoïdien, faisant corps avec les plans profonds. Elle gênait la déglutition et les mouvements de la tête et n'était douloureuse ni spontanément ni à la pression. En palpant le plancher de la bouche on retrouvait cette tumeur indolore.

La muqueuse buccale était normale, il y avait seulement

des traces de pharyngite chronique et les amygdales étaient un peu augmentées.

Quand on faisait pencher la tête en arrière, la tumeur apparaissait mieux du fait de la projection en avant de la région sous-mentale. Les mouvements de la tête et surtout la flexion étaient un peu limités et légèrement douloureux.

La déglutition était indolore. Les ganglions n'étaient pas augmentés. Il n'y avait pas de malaise général, pas de fièvre, le pouls était normal.

A la suite d'un rhumatisme articulaire grave survenu dix ans auparavant, les doigts étaient déformés, les petites articulations fléchies et immobiles.

Sur le corps et sur les jambes, il y avait des taches pigmentaires foncées.

Des antécédents, il faut mentionner :

Dans sa jeunesse, le malade a eu la syphilis, il fut soigné longtemps et alla aux eaux du Caucase. Il y a quelques années, il eut un rhumatisme articulaire qu'il soigna à Jakky, en Crimée.

A propos de l'origine de la tumeur, le malade raconte ce qui suit :

Au commencement d'août 1896, il eut une forte angine, en même temps apparut un ganglion sous-maxillaire. On appliqua à maintes reprises de l'iode et des emplâtres et la douleur du cou disparut bientôt, mais il apparut un eczéma prurigineux. Le médecin habituel fit appliquer des essences et des poudres et l'eczéma disparut.

Au milieu d'août apparut, dans la région mentonnière, une petite tumeur consistante qui rappelait un ganglion. Quoique indolore, la tumeur augmentait toujours et en un mois et demi atteignait la grandeur et la forme actuelles. Après des frictions avec des pommades iodées, la tumeur paraissait un peu diminuer. Mais aussitôt après cessation des frictions, trop irritantes pour la peau- la tumeur recommençait à augmenter, quoique lentement. La température ne s'est jamais élevée au-dessus de la normale.

Le médecin pensait à une néoformation maligne et conseilla d'aller à Charkow pour une opération.

L'âge avancé du malade, la consistance dure et l'immobi-

lité de la tumeur sur les parties sous-jacentes, l'absence de la fièvre et de phénomènes d'inflammation locale, l'augmentation lente et progressive de la tumeur me font penser à une néoformation maligne des ganglions du cou et probablement à une tumeur carcinomateuse.

La rougeur de la peau (quoique légère), les bords consistants et onduleux de la tumeur, l'absence de ganglions hypertrophiés et l'apparition de la tumeur à la suite d'une angine plaidaient pour l'inflammation chronique du tissu cellulaire du cou que Reclus avait appelé le phlegmon ligneux.

Je m'intéressais particulièrement à la description de ce processus inflammatoire parce que, au cours des deux dernières années, j'avais eu l'occasion d'observer plusieurs cas de phlegmons des extrémités à évolution chronique, qui, d'après leurs caractères et leurs données bactériologiques, se distinguaient des infections aiguës de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Comme j'avais des doutes sur le caractère de la tumeur, je conseillai au malade de prendre soigneusement sa température et d'appliquer des emplâtres à parties égales de préparation mercurielle et de ciguë.

Trois jours après, la tumeur était un peu ramollie au centre et la peau qui la recouvrait légèrement œdémateuse et violacée. Pendant ce temps, la température restait normale à 37°2 — 37°3, le soir.

Pour déterminer plus vite le caractère de la tumeur et favoriser le ramollissement par augmentation de la lymphocytose, j'ai prescrit l'application de compresses de Priessnitz sur le cou. Dans les quatre jours suivants, la partie centrale de la tumeur, toujours dure, se ramollit encore plus et dans la profondeur se montre une fluctuation peu perceptible.

Au 15 octobre la température vespérale s'élève jusqu'à 38° 4, des douleurs légèrement lancinantes apparaissent, la fluctuation au centre devient plus appréciable, les parties périphériques restant, au contraire, indurées comme avant. Le caractère inflammatoire de la tumeur était ainsi définitivement établi et je me décidai à une opération.

Le 16 octobre, avec l'assistance des docteurs Sélichow et Gawrilko, j'ai fait sous anesthésie une incision verticale du

bord de la mâchoire jusqu'au cartilage hyoïde et une autre horizontale à la hauteur de l'os hyoïde. Du centre de la tumeur il sortait des tissus nécrosés et graisseux et environ une cuiller à soupe de pus consistant et fétide.

La peau et le tissu cellulaire sous-cutané étaient infiltrés et indurés et avaient la consistance du lard rôti.

La cavité centrale de la tumeur a été curettée, la plaie remplie de gaze iodoformée et pansée aseptiquement.

Les jours suivants, le pansement a été changé deux fois par jour, la plaie laissait sortir un peu de pus et de tissu nécrosé. L'infiltration environnante s'est lentement résorbée, en même temps une tumeur semblable, de consistance cartilagineuse, s'est développée sur le sterno-mastoïdien. La température atteignait, le soir 38°2 — 38°5, le matin normale.

Quatre jours après l'opération, le soir, le malade eut un petit mouvement fébrile, la température monta à 39° 1. Dans les deux jours suivants, une infiltration dure et profonde s'étendait sur la largeur de trois doigts environ, du sterno-mastoïdien gauche jusqu'à la clavicule, la peau qui la recouvrait était violacée, œdémateuse et molle. La température oscillait entre 37°6 et 37°8 le matin et 38°5 à 39° le soir. La déglutition était douloureuse et difficile. Le malade perdait visiblement ses forces.

Le 22 octobre, avec le concours des collègues sus-nommés, j'ai fait sous anesthésie une incision le long du bord interne du sterno-mastoïdien depuis le cartilage thyroïde jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire. La veine jugulaire antérieure prise dans l'infiltration fut excisée entre deux ligatures.

En disséquant avec précaution avec la sonde de Kocher, j'ai pu arriver dans l'espace entre le muscle sterno-mastoïdien et le sterno-thyroïdien. Après l'ouverture du deuxième plan aponévrotique il sortait environ 2 cuillers à soupe de pus consistant et filant. Le doigt pénètre entre le larynx et le scalène à côté du muscle long du cou et des vaisseaux dans un espace vide. On pouvait, en même temps, constater l'infiltration du tissu cellulaire périvasculaire et sentir nettement les battements de la carotide primitive. La cavité était

limitée par une infiltration dure. On la remplit de gaze iodoformée et place un pansement phéniqué à 1/100.

Après l'incision, la température était descendue, mais, trois jours après, la température vespérale remontait à 38 — 38°2.

Quatre jours après, elle redevenait normale.

La plaie sécrétait un peu de pus filant, mais se nettoyait et commençait à bourgeonner. L'inflammation du cou s'est résorbée lentement sous l'influence d'applications chaudes et humides. La cavité purulente se remplit de plus en plus de bourgeons et se ferma deux semaines et demie après l'incision.

Dix jours après l'ouverture du deuxième foyer purulent, il se forma dans la région sus-claviculaire droite une tuméfaction d'un ganglion lymphatique entourée d'infiltration. En huit jours, elle se ramollit et, le 20 novembre, on l'incisa sous anesthésie cocaïnique. Il s'en écoula un peu de pus.

C'était la dernière exacerbation du processus inflammatoire chronique. La guérison ultérieure de la plaie sus-claviculaire et la résorption de l'inflammation furent terminées en huit jours.

Une fois l'inflammation terminée, le patient sortit avec trois cicatrices qui gênaient un peu les mouvements de la tête.

Examen bactériologique

Pus de la première incision :

Ensemencement sur gélatine (méthode d'Esmarch) et sur agar (boîte de Pétri). La coloration au bleu de méthylène de Löffler et la fuschine de Ziehl montrent quelques streptocoques et de courts bâtonnets. En général, la quantité de microorganismes était minime par rapport à celle du pus d'infection aiguë. Il y avait beaucoup de leucocytes en dégénérescence graisseuse.

Dans la culture sur gélatine, on pouvait trouver deux sortes de colonies : De petites colonies punctiformes de strepto-

coques et des colonies à bords irréguliers liquéfiant la gélatine.

Sur l'agar et à l'étuve, les colonies de bacilles ont poussé encore plus vite et pris le pas sur les colonies de streptocoques. Dans le bouillon, au contraire, les streptocoques poussaient en longues chaînettes.

Leur virulence était atténuée, et il fallait l'injection de 1/2 c. c. de culture pour provoquer un petit abcès chez le cobaye. On a fait deux cultures pures du bacille et sur différents milieux nutritifs. D'après le caractère des colonies et leur évolution, ils rappelaient le plus le Proteus.

Pus de l'adénite sus-claviculaire.

Ensemencement sur agar et gélatine. On ne trouve que du Proteus.

OBSERVATION 13

MARSOO. *Thèse Paris*, 1901-1902.

P... Edouard, 25 ans, contremaître dans une fabrique de fer. Nous ne relevons rien dans les antécédents héréditaires.

Lui-même s'est toujours bien porté, sauf une fièvre typhoïde qu'il eut à 14 ans et qui ne laissa aucune trace. Il jouissait d'une parfaite santé lorsque, fin avril, à la suite d'un mouvement brusque du bras droit, il éprouva une douleur intense et une sorte de craquement dans la partie droite du cou; presque aussitôt après, sa tête prenait une attitude vicieuse, inclinée à droite, le visage tourné légèrement en haut et à gauche. Les mouvements d'abord difficiles et accompagnés d'une atroce sensation de tiraillement étaient, au bout de 10 jours, absolument impossibles et la tête figée dans l'attitude du torticolis droit. La douleur, réveillée au début par les seuls mouvements, devint rapidement continue; peu intense pendant le jour, elle est lancinante pendant la nuit, elle siège derrière l'apophyse mastoïde droite, sans irradiations.

Dix jours seulement après le début de la douleur, alors qu'existait déjà la contracture du sterno-cleido-mastoïdien

droit, le malade constata à la région rétro-mastoïdienne droite l'apparition d'une plaque indurée, ayant une surface équivalente à une pièce de 5 francs, rouge et peu douloureuse à la pression.

Cette période initiale de l'évolution du mal est marquée par des troubles généraux assez intenses; le malade ne dort pas, il a perdu l'appétit et éprouve une céphalée en casque exacerbée pendant la nuit; un médecin appelé constate de la fièvre et prescrit le salicylate de soude.

L'apparition de la plaque d'induration est accompagnée d'une rétrocession des signes fonctionnels; la douleur diminue et le malade peut, sans trop de difficultés, redresser la tête.

Mais, vers le 6 mai, cinq jours après l'apparition de la surface ligneuse, quinze jours après le début de la maladie, tous les symptômes reparaissent et, cette fois, plus intenses, forçant le malade à garder le lit. La plaque d'induration qui, au moment de l'amélioration passagère, ne s'était pas modifiée, grandit subitement, gagne en bas la clavicule, en avant la ligne médiane, en arrière toute la nuque. La région était douloureuse, un peu chaude, la teinte en était rouge vineuse et un bourrelet circonscrivait très nettement les limites du mal. La tête, à cette période, était si fortement inclinée que l'oreille touchait l'épaule droite. Cependant la mastication et la déglutition n'étaient nullement gênées et il n'existait pas de modification appréciable de la voix.

Vers le 10 mai, le malade s'aperçut que la surface indurée, lisse jusqu'alors, se modifiait et offrait de légères bosselures superposées et séparées par des dépressions, la consistance au niveau des parties saillantes et rentrantes était exactement la même. Dès que ces bosselures se furent montrées, la douleur cessa complètement. Cet état de choses persiste jusqu'au 15 juin, époque à laquelle le malade, inquiété par la longue durée de l'affection et l'impossibilité de mouvoir la tête va consulter à Saint-Antoine.

On voit donc que la maladie, jusqu'au 15 juin, a présenté plusieurs phases distinctes :

Une première période, caractérisée par l'attitude vicieuse, de la douleur et des phénomènes généraux assez intenses.

Une seconde période : Apparition de la plaque et atténuation des phénomènes généraux.

Un troisième stade : développement de la plaque et redoublement des phénomènes généraux.

Une quatrième période : formation des bosselures et disparition de la douleur.

La douleur a donc disparu au moment où la plaque et les bosselures se montraient.

A l'hôpital Saint-Antoine, le docteur Picou pratique, le 15 juin, dans la partie la plus déclive de la tumeur, à quelques centimètres au-dessus de la partie moyenne de la clavicule, une incision linéaire de trois centimètres environ qui ne donne issue qu'à du sang.

Le 22 juin, le malade vient a l'hôpital Laënnec consulter M. Reclus.

C'est un homme pâle, amaigri, de taille moyenne, mais musclé. Sa tête est inclinée à droite avec légère rotation du côté opposé.

Sur la partie latérale droite du cou, descendant jusqu'à la clavicule, se perdant en haut dans le cuir chevelu, atteignant en avant et en arrière la ligne médiane, on observe une coloration rouge des téguments; trois légères bosselures superposées de haut en bas, et, d'arrière en avant, séparées par deux sillons, soulèvent la peau. La coloration rouge semble un peu plus accentuée au niveau des parties saillantes; elle devient rouge vineux au niveau de l'incision faite par M. Picou, elle est plus vive en arrière et un peu au-dessous de l'apophyse mastoïde. Elle va s'atténuant progressivement vers les parties périphériques et à la vue il n'existe pas de ligne de démarcation nette entre les parties malades et les parties saines.

A la palpation, on constate une dureté ligneuse de toute la région, dureté qui reste la même au niveau des points rouge vineux et rouge vif, au centre et à la périphérie. La pression du doigt ne modifie nullement la coloration. La peau n'est pas mobilisable sur les plans profonds. Mieux que par

la vue, on arrive par le doigt à limiter la plaque indurée; en avant on sent un rebord très net, très régulier, descendant du sommet de la mastoïde vers l'extrémité interne de la clavicule suivant la direction du sterno-cleido-mastoïdien; en bas, la consistance ligneuse atteint la clavicule qu'elle suit jusqu'à sa partie moyenne; de ce point on peut suivre la limite de la zone indurée qui se dirige obliquement en arrière et en haut pour arriver sur la ligne médiane de la nuque à quatre travers de doigt au-dessus de la saillie de l apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale. Il est plus difficile de continuer cette délimitation à la partie supérieure au niveau du cuir chevelu, l'induration devenant plus délicate à apprécier; cependant, d'une manière approximative, la limite est marquée par une ligne allant de l'apophyse mastoïde a la protubérance occipitale externe. Le bourrelet n'est très net qu'en avant et en bas, mais, avec un peu d'attention, on le retrouve en arrière et en haut.

Cette palpation est peu douloureuse sauf au niveau de la mastoïde. Du reste, le malade ne ressent plus de douleur spontanée. Son état général s'est beaucoup amélioré et il a pu reprendre son travail.

4 juillet. — La contracture a notablement diminué et il est possible au malade d'incliner la tête. La teinte rouge vineux semble s'être accentuée en avant et en bas. L'induration n'atteint p'us en arrière la ligne médiane. Mais les parties indurées ont gardé leur consistance primitive.

8 juillet. — La teinte rouge vineux s'est accentuée dans la région sus-claviculaire qui est légèrement douloureuse à la pression. Le malade se plaint de céphalée. Les mouvements de la tête sont plus faciles.

22 juillet. — L'induration n'est plus localisée que dans la région sus-claviculaire. L'attitude vicieuse a complètement disparu et les mouvements de la tête se font avec la plus grande facilité.

27 juillet. — Il ne reste rien dans la région antéro-latérale du cou qu'une légère perte d'élasticité de la peau et la cicatrice rougeâtre de l'incision.

1er août. — Les téguments sont redevenus normaux. Mais

le malade vient consulter pour un furoncle apparu sur la région dorsale du pied gauche. Incision; élimination d'un bourbillon caractéristique de petites dimensions.

8 août. — La cicatrisation du furoncle s'est effectuée.

Le malade est revu le 15 octobre. La guérison s'est maintenue et les tissus sont absolument souples au niveau du phlegmon guéri.

Examen bactériologique

Cet examen fut pratiqué au mois de juin par M. Simon. Il incisa, après les précautions antiseptiques habituelles, les couches superficielles, puis, entre les lèvres de l'incision, c'est-à-dire en milieu aseptique, il piqua une pipette avec laquelle il retira quelques de liquide seulement. Mises en culture sur bouillon, elles donnèrent quelques rares colonies de staphylocoque doré.

Examen des urines

L'analyse des urines, pratiquée par M. Perrotin, donna les résultats suivants :

Quantité.....	750 cmc	Albumine.....	0
Densité.....	1016	Sucre.....	0
Couleur.....	jaune clair	Acide urique...	0,35 par litre
Aspect.....	louche	Indican	0
Dépôt.....	léger floconneux	Urobiline	0
Phosphates....	1 g. 71		
Chlorures	1 g. 50 par litre		
Urée	9 g. 928		

OBSERVATION 14

Muhsam. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1901.

Il s'agit d'un mécanicien de 35 ans, bien conformé et bien musclé, reçu le 29 mars 1899, à la clinique du professeur Renvers, à l'hôpital Moabit.

Il eut la syphilis à 17 ans, et fit deux cures de traitement.

Il y a quelques jours, il a senti des frissons et de la fièvre avec douleur à gauche de la poitrine et entra à l'hôpital. A

son entrée, il avait 40° et les symptômes d'une broncho-pneumonie gauche. Les jours suivants, ces symptômes disparaissaient, la fièvre tombait. Ensuite, le malade eut encore 37° 7 et quelques foyers de broncho-pneumonie droite. (10 avril). Ces foyers disparaissaient vite.

Le 19 avril apparut brusquement une élévation thermique à 38° 5 et le 20, avec la même température, on vit se développer une tumeur sur la partie antérieure du cou dans la région du corps thyroïde. La tumeur était dure et douloureuse. On fit quelques applications iodées et l'on plaça une cravate glacée.

A partir du 24 avril, le mālade était de nouveau sans fièvre, mais la tumeur augmentait malgré le traitement, et surtout l'infiltration était d'une dureté extraordinaire.

Le 16 mai, la température montait à 38° et une tumeur apparut dans le repli ary-épiglottique. Il y avait une légère difficulté de la déglutition et de la respiration. Pour remédier à cette dyspnée, le 18 mai, on passa le malade en chirurgie. Voici ce qu'on observa :

Le malade est sans fièvre, la tumeur est dure comme le bois et presque indolore. Elle part du bord externe du sterno-mastoïdien gauche, dépasse la ligne médiane, atteint le bord interne du sterno-mastoïdien droit. En haut, elle va jusqu'à l'os thyroïde, en bas, jusqu'au sternum. La peau est un peu violacée. Il y a de la sécheresse buccale et une sensation de tumeur pharyngée qui gêne la déglutition. L'infiltration atteint la peau qui recouvre le sternum jusqu'au cinquième espace intercostal.

Traitement : Glace locale, gargarismes.

25 mai. — Température normale. L'œdème s'atténue. La déglutition est facile. L'infiltration s'étend un peu à gauche.

A partir du 30 mai, on donne de l'iodure de potassium, sans résultat appréciable.

4 juin. — Ces jours derniers, la tumeur s'étendait surtout à gauche et formait une voussure contre le sterno-mastoïdien gauche. Cette région est d'une rougeur intense.

Il y a un peu d'œdème sur la partie supérieure du sternum. Pas de fluctuation même au niveau de la voussure. La

carotide est en arrière de l'infiltration. La température est normale.

20 juin. — Sur le bord inférieur et gauche de la tumeur, une partie s'est ramollie. On l'incise. Il en sort une masse purulente, grisâtre et consistante. Dans ce pus on n'a pas trouvé de microbes ni au microscope ni en cultures. Après l'incision, l'infiltration régresse de plus en plus, mais la tumeur se redéveloppe vers la droite. L'incision laisse une fistule d'où s'écoule un liquide séreux qui reste stérile à des examens bactériologiques répétés. Il n'y avait pas d'actinomycose. On applique des emplâtres de glaise acétique.

Le 8 septembre, enfin, le malade allait mieux, il y avait encore de l'infiltration au-dessus du sternum et une sécrétion abondante et séreuse s'échappait de la fistule profonde de deux cm. 3 mois après seulement, la fistule se ferma et l'infiltration disparut.

OBSERVATION 15

MARTINOFF (1). *Kirurgia*, 1901.

M. S..., directeur scientifique, 57 ans, est entré le 20 octobre 1899, pour une tuméfaction du cou. Il est né dans le gouvernement de Nijninovgorod. Après avoir terminé un cours dans une école agronomique, il est entré comme directeur scientifique dans une exploitation agricole, où il est encore. Le malade avait toujours eu une bonne santé, pas de maladies, sauf la rougeole dans le jeune âge. Il n'y a pas de syphilis personnelle ou héréditaire. Il est marié et a cinq enfants bien portants. L'affection débuta au commencement de juillet 1899; il remarqua, au-dessous de la mâchoire supérieure, à gauche, un petit ganglion mobile, indolore, de la grosseur d'une noix. A la fin de juillet, le ganglion commença à augmenter et à durcir. On fit sans profit des frictions à l'iodure de potassium. Il apparut de la maladresse dans les mouvements et la tumeur augmenta assez rapidement. L'iodure de potassium à l'intérieur n'a donné aucun résultat. M. S... est d'une bonne constitution, il a la peau normalement

colorée. Sur la partie gauche du coû, on remarque une tuméfaction de la grosseur du poing. La peau est de couleur normale et adhérente à la tumeur. Les limites de la tumeur sont : en haut, la mâchoire inférieure, en bas, la clavicule, en avant, le larynx, en arrière, une ligne unissant l'apophyse mastoïde à la partie moyenne de la clavicule. Les limites ne sont pas tranchées. Il n'y a pas de douleur dans les mouvements. La tumeur a un aspect bosselé comme si elle était composée de ganglions lymphatiques augmentés de volume et soudés entre eux. La consistance est uniformément dure, rappelant celle du fibrôme. La tumeur est complètement immobile. Parfois apparaissent des douleurs lancinantes qui empêchent quelquefois le malade de dormir. Les organes internes sont normaux. Température, 37° 4. Le malade se sent bien plus faible qu'avant cette maladie.

Ainsi jusqu'à l'entrée à la clinique, la maladie avait duré quatre mois. D'après les données objectives, nous avions affaire à une affection des ganglions lymphatiques et du tissu conjonctif. L'absence de limites tranchées et les douleurs lancinantes plaident pour la nature inflammatoire de l'affection. Le traitement induré interne n'a pas donné de résultat appréciable. On décide de se borner à des applications chaudes locales et à des injections sous-cutanées de composés arsenicaux. Pendant de nombreux mois, la tumeur n'augmenta pas. On appliqua d'abord des compresses chaudes et ensuite des enveloppements chauds. Le 11 novembre, on appliqua des mouches de Milan et, quand la rougeur produite eut disparu, on recommença. Le malade est sorti le 29 novembre sans amélioration. Pendant son séjour à la clinique, sa température oscilla entre 36° 5 et 38° le jour; entre 37 et 38° 2, le soir. Comme la tumeur n'avait pas de tendance à régresser, on suspecta une néoformation. A la sortie du malade, on lui conseilla de continuer les injections arsenicales. Le malade est revenu un mois et demi après sa sortie et nous avons constaté, avec un grand étonnement, que la tumeur était presque disparue : il restait encore un petit ganglion sous la mâchoire inférieure. La terminaison de la maladie a montré clairement que notre hypo-

thèse d'une inflammation chronique des ganglions lymphatiques et du tissu conjonctif était justifiée. Il est regrettable que nous n'ayons pu faire une biopsie pour l'examen anatomo-pathologique.

OBSERVATION 16

MARTINOFF (4). *Kirurgia,* 1901.

V. B..., étudiant à l'Université, 20 ans, entre, le 18 août 1900, pour de la douleur et de l'inflammation du cou et de la face. Le malade est de famille bien portante, il n'a pas eu la syphilis. Il y a un mois et demi, il souffrit de sa deuxième molaire inférieure gauche et eut de l'inflammation de la partie gauche de la face. La dent enlevée, l'inflammation cessa. 3 ou 4 jours après, l'inflammation réapparut accompagnée d'une fièvre légère. La semaine dernière, l'ouverture de la bouche est devenue difficile. Le médecin fit une incision par laquelle sortit du pus mais la difficulté d'ouvrir la bouche persista et la tumeur s'étendit sur le cou.

L'état du malade au 18 août est le suivant : Le malade est bien conformé, le teint est pâle. La température est à 38°, l'appétit est mauvais.

Les fonctions de l'appareil digestif sont régulières. Le poumon et le cœur sont normaux, le foie et la rate de volume normal. L'urine excrétée est de 1.800 gr., de densité 1,035. Il n'y a ni albumine, ni sucre.

Le malade dort mal, l'état psychique est déprimé. La partie gauche du cou et de la face est enflammée, la tumeur est plus développée au-dessous de la branche horizontale du maxillaire inférieur et sur le muscle sterno-mastoïdien. En haut, elle arrive jusqu'à la paupière inférieure. En bas, elle s'arrête au peu au-dessus de la clavicule.

Sur la partie médiane, la peau est rouge, tendue et immobile. Dans la partie correspondant au bord inférieur du maxillaire, en avant du masséter, il y a une ouverture de 1 cm 1/2 d'où part un peu de pus liquide. La pression sur

la partie tuméfiée est douloureuse, la consistance très dure, il n'y a pas de fluctuation.

Dans le fond de la plaie, on voit l'os dénudé.

L'ouverture de la bouche est très limitée et douloureuse, le malade ne prend que des aliments semi-liquides.

La déglutition est douloureuse, la nourriture passe à peine.

Il n'y a pas de coryza, la voix est claire.

Les mouvements de la tête sont douloureux.

Le 19 août, sous l'anesthésie chloroformique, j'ai fait une incision le long du sterno-mastoïdien, de 7 à 8 centimètres de long. Les tissus étaient d'une dureté de squirrhe, tous semblables. L'infiltration ne dépassait pas la deuxième aponévrose. Il n'y avait pas de pus. La plaie a été remplie de gaze. Pansement sec, changé le lendemain en pansement humide.

Trois jours après, l'infiltration persistait aussi dure. Température, 37° 2 le matin, 37° 8 le soir. Iodure de potassium. Pansement humide, chaud.

Huit jours après l'opération, l'inflammation augmentait en avant et en arrière. On trouva de la fluctuation sous l'angle de la mâchoire; on ouvrit, et il sortit un peu de pus liquide. On n'avait pas trouvé l'os dénudé. De même, on ne le voyait plus dans la première incision.

On cessa l'administration d'iodure.

Le 7 septembre, la plaie est remplie de granulations. L'infiltration passe sur la partie droite du cou, la voix est moins claire.

Le 13 septembre, il y a une forte douleur à la déglutition, et un peu de gêne pour respirer. La bouche ne s'ouvre pas, l'infiltration occupe la partie droite du cou jusqu'au muscle sterno-mastoïdien. La dureté est la même partout. Au milieu du cou devant le larynx il y a de la fluctuation.

Le 14 septembre, on fait, sous chloroforme, une incision médiane de 6 centimètres. On trouve la même infiltration que précédemment. Il sort une cuiller de pus environ. La plaie est remplie de gaze. Pansement sec.

Dans les pansements ultérieurs, rien ne sortait de la plaie.

A partir du 23 septembre, les phénomènes commencent à régresser très lentement; l'infiltration diminua, la dégluti-

tion et la respiration devinrent plus libres. L'ouverture de la bouche redevint possible et, le 25 septembre, on put faire la laryngoscopie qui montra que la région sus-laryngée était congestionnée, et que la corde vocale gauche fonctionnait moins que la droite. Les amygdales étaient augmentées.

Le 4 octobre, l'infiltration a beaucoup diminué, la température se maintient entre 37° 3 et 37° 6.

Le 13 octobre, l'infiltration est presque disparue, l'ouverture de la bouche presque normale, les amygdales diminuées, la voix claire, la déglutition facile. Il n'y a plus de douleur. On prescrit des injections arsenicales.

Le 17 octobre, le malade quitte l'hôpital avec des plaies bourgeonnantes mais non cicatrisées.

Une semaine et demie après, les plaies se sont fermées, et, 8 jours encore après, il ne restait rien de l'inflammation.

L'ensemencement du pus a donné des bâtonnets ayant tous les caractères du bacille pseudo-diphtérique.

OBSERVATION 17

MARION. *In Kouyoumdjian, thèse Paris,* 1902-03.

L. E..., âgé de 27 ans, opticien, entre à l'hôpital le 7 avril 1902, salle Saint-Landry, dans le service de M. Marion, pour une tuméfaction du cou.

Antécédents héréditaires. — Rien de spécial, parents bien portants; deux sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Rougeole à l'âge de 4 ans. A 5 ans dartres étendues. Pas d'affections génitales. A la fin du mois de février 1902, le malade souffre, pendant 8 jours, d'une névralgie dentaire, qu'il localise du côté droit à la mâchoire inférieure et qui l'amène à faire extraire une dent cariée (première grosse molaire inférieure droite), et la tuméfaction localisée d'abord à la région maxillaire sous la dent malade, s'était peu à peu étendue. Le malade lui-même s'est très bien rendu compte que cette petite masse était dure, adhérente aux plans profonds, immobile, et que la peau qui avait conservé sa coloration normale ne glissait pas aussi

facilement sur cette masse indurée. A ce moment, pas de troubles fonctionnels ni généraux.

Evolution. — Depuis lors, la tuméfaction s'est accrue lentement, progressivement, sans poussées brusques, de façon à acquérir le volume qu'elle présente à l'état actuel. A mesure de son développement, le malade était de plus en plus gêné dans les mouvements du cou, sans que cette gêne soit très marquée. Mais à aucun moment, il n'y a eu dysphagie, dyspnée, ni troubles fonctionnels quelconques.

Etat actuel

Inspection. — Le malade se présente avec un cou et une face énormément tuméfiés du côté droit; la joue est gonflée, la paupière inférieure (de coloration jaunâtre) fait une saillie arrondie et ferme complètement l'œil droit.

Pas de troubles pupillaires du côté correspondant et pas de phénomènes congestifs de la tête.

La région parotidienne repousse en haut le lobule de l'oreille; la saillie de la pomme d'Adam n'est plus apparente. Sur le cuir chevelu, pas de plaie ni de cicatrice récente.

Les bords de la tuméfaction ne sont pas nets à l'inspection, la tuméfaction se termine, surtout à son pourtour, de façon à former une pente très douce et insensible.

Elle a, dans son ensemble, la forme d'un quadrilatère irrégulier, à bord postérieur se rapprochant de la ligne des apophyses épineuses; à bord antérieur descendant sur le bord droit du nez et sur la ligne médiane du cou. Le bord inférieur sensiblement confondu avec la clavicule; le bord supérieur à la conque et passant par l'axe transversal de l'œil droit.

La peau paraît normale à la périphérie de la tuméfaction, elle présente une coloration violacée à la partie centrale; elle paraît tiraillée et tendue au niveau de cette région.

L'attitude du malade est telle qu'il regarde en avant et un peu à gauche, la tête étant légèrement fléchie et inclinée vers l'épaule gauche.

L'inspection de la bouche montre la dépression alvéolaire de la dent extraite, pas tout à fait cicatrisée.

La dent de sagesse existe à droite et à gauche, bien développée; elle n'a d'ailleurs pas provoqué d'accidents à son apparition.

Dernière molaire supérieure droite cariée, une molaire supérieure gauche cariée. La muqueuse est normale sur les lèvres, les joues, la langue; amygdales et pharynx normaux. Conduit auditif et narines normales.

Palpation. — La palpation de la tuméfaction cervico-faciale révèle une consistance extrêmement dure, ligneuse, non élastique.

Le plastron qui blinde les organes profonds est de consistance homogène, de surface régulière, sans bosselures ni dépressions.

Il a, au toucher, des limites nettes qui se trouvent légèrement en dedans des limites de la tuméfaction appréciables à la vue; les bords sont tels que, partant de la base de l'apophyse mastoïde, la tuméfaction embrasse, dans une courbe à concavité supérieure, le lobule de l'oreille; remonte en avant jusqu'au tragus, au devant duquel elle forme une pointe mousse, descend à un centimètre du bord inférieur de la paupière inférieure vers la commissure labiale droite qu'elle atteint, descend, verticalement, jusqu'au bord inférieur du maxillaire, croise la ligne médiane et forme, dans la région sus-hyoïdienne gauche, un prolongement dont le sommet est distant de 5 cent. 1/2, à peu près, de la ligne médiane; il se porte alors obliquement vers la clavicule droite, à la partie moyenne, pour remonter de là à l'apophyse mastoïde, en formant une ligne convexe en dedans distante de 3 centimètres de la ligne médiane de la nuque. Hauteur : 21 centimètres; largeur, 25 centimètres.

La palpation ne révèle pas de points fluctuants. La peau qui paraît épaisse, est peu mobile et très tendue; elle est un peu plus chaude que du côté gauche; le malade en a lui-même conscience. Le doigt qui n'y laisse pas son empreinte y provoque, par la pression, un cercle blanc légèrement persistant.

La tumeur est immobile sur les plans profonds, il n'est pas possible de sentir, même pendant sa contraction, la saillie du sterno-cléido-mastoïdien.

La palpation de la paupière y dénote une infiltration liquide, qui s'évacue entre elle et le globe oculaire quand on la malaxe, ce qui provoque du larmoiement; le malade vide ainsi sa paupière quand elle est devenue assez gonflée pour l'empêcher d'y voir.

Dans les régions voisines, pas de fusées, ganglions normaux.

Les signes fonctionnels. — Très peu accentués. Pas de douleur, même à la pression du doigt. Dans les mouvements de la tête, le malade est gêné. Pas de dyspnée, pas de dysphagie, ni de trouble de la phonation. Parfois, mais très rarement, de légères douleurs irradiées dans le bras droit, ainsi qu'un peu de gêne et de lourdeur de ce membre. Température, 37°. Pouls, 70. Etat général, bon. Rien à l'examen du foie, du poumon, du testicule, des ganglions. Urines normales.

Depuis l'entrée du malade à l'hôpital, on lui fait des pansements humides, de façon à tenir la région chaude, et à provoquer la résolution; celle-ci ne se produit pas. Il y a, au contraire, augmentation légère du phlegmon en surface.

M. Marion propose au malade une intervention qui est faite le 10 avril par M. Fredet. Sous l'anesthésie chloroformique, on pratique, après désinfection de la peau, des incisions multiples (5) et profondes, par où s'écoulent du sang et de la sérosité, mais pas de pus. Un bon drainage est établi, les drains entrant par une incision, et ressortant par une autre, après un trajet sous-cutané plus ou moins long. Pansement occlusif.

Les jours suivants, pansements humides. A la levée du premier pansement, pas de pus, écoulement séro-sanguinolent qui agglutine les drains. On fait circuler, à chaque pansement, de l'eau oxygénée faible dans chaque drain. Le pansement est fait avec des compresses imbibées d'eau au sublimé très faible. On fait, au bout de 3 jours, une pulvérisation phéniquée. Légère amélioration.

La sérosité est recueillie pendant l'opération, pour l'exa-

men bactériologique, qui fut pratiqué et ne put déceler aucun micro-organisme, les cultures restent stériles.

14 avril. — M. Marion, voyant que la tuméfaction était augmentée de volume en envahissant même les régions jusqu'à présent indemnes, propose au malade une autre intervention. Le malade refuse, on lui retire les drains et il quitte l'hôpital.

Nous suivons le malade chez lui.

30 avril. — La tuméfaction est augmentée, elle descend vers l'épaule droite. Les côtés gauches de la face et du cou sont également pris. Les parties tuméfiées sont dures.

9 mai. — Le malade est plutôt assis que couché. La tuméfaction est énorme, elle a gagné le cou et la face presque tout entière. La respiration est gênée, d'après le récit de sa mère, il ronfle énormément pendant la nuit et est en délire. La face est congestionnée, le bras droit paralysé et œdématié, le malade ne peut plus s'en servir. La déglutition est difficile et le malade ne se nourrit rien qu'avec des aliments liquides. L'état général n'est pas bon. Il a de la fièvre et sa teinte est subictérique. La parole est incompréhensible à cause des lèvres tuméfiées. Au côté droit du cou existent quelques points fluctuants et plus rouges. Nous proposons une intervention. On la refuse.

20 mai. — Grande surprise. La tuméfaction est réduite à la moitié du volume qu'elle occupait le 9 mai. Elle existe seulement du côté droit du cou. L'œil droit est ouvert. Etat général très bon; le malade est gai, il sort pour se promener, mais il ne peut pas se servir de son bras droit. On nous raconte que les points fluctuants et les cicatrices de l'intervention du 9 avril sont ouverts et qu'il s'est écoulé une quantité énorme de liquide jaune et du pus; on a été obligé de changer plusieurs fois par jour les pansements.

1er juin. — L'amélioration continue. Il s'écoule toujours un peu de liquide des points ouverts.

15 juin. — Les cicatrices sont fermées, il ne coule plus rien. Le gonflement n'existe qu'au côté droit et est réduit à un très petit volume. Etat général bon. Le malade se croit tout a fait guéri.

21 juin. — De nouveau, augmentation de la tuméfaction.

7 juillet. — Nous trouvons le malade dans le même état que le 9 mai, c'est-à-dire la face et le cou tout entiers tuméfiés, dysphagie, dyspnée, délire, fièvre, teinte subictérique. Nous expliquons à la famille que la cause de la rechute est la fermeture des cicatrices et nous leur proposons encore une fois l'intervention. On refuse de nouveau.

10 juillet. — Le malade succombe vers 5 heures du matin par l'asphyxie.

OBSERVATION 18

MARION. *In thèse Kouyoumdjian. Paris*, 1902-03.

F..., âgé de 44 ans, infirmier. Entre à l'hôpital, Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, le 2 avril 1902, dans le service de M. Marion, pour une tuméfaction du cou, survenue en quelques jours, avec un peu de douleur.

Antécédents héréditaires. — Rien de spécial.

Antécédents personnels. — Exostose non spécifique sur le tibia gauche vers l'âge de 25 ans, qui est disparue sans traitement. Il y a quatre ans (à l'âge de 40 ans), sinusite suppurée du maxillaire supérieur du côté droit; le malade est opéré (trépanation canine), après extraction simultanée de 14 dents.

La plaie de la fosse canine s'est cicatrisée sans fistule.

Début. — Il y a 15 jours, le malade dit avoir été exposé dans la soirée du dimanche à un courant d'air froid et avoir ressenti de violents frissons. Le lundi au réveil, le côté droit du cou était tuméfié et douloureux. Le malade, après 15 jours, vient à l'hôpital.

Etat actuel :

Inspection. — Le malade a la tête déviée du côte gauche et fixée dans cette attitude avec une légère rotation de ce côté. Dans la région latérale droite du cou, on constate une tuméfaction rougeâtre commençant : en haut, à la pointe de l'apophyse mastoïde, se terminant en avant au niveau de la partie moyenne du cartilage thyroïde, et dirigée oblique-

ment en bas et en dedans pour atteindre la région claviculaire, en arrière elle touche le bord antérieur du trapèze. Elle est deux fois plus large que la saillie du sterno-cléido-mastoïdien, visible au-dessous de la tuméfaction. La peau est rouge, œdématiée, pas d'éraillures, pas d'ulcération.

Pas de troubles pupillaires, ni de congestion céphalique sur le territoire lymphatique afférent; pas de plaie. Muqueuses buccale et linguale saines; pharynx normal.

Palpation. — Elle confirme la forme de la tuméfaction appréciée par la vue, ainsi que ses limites; celles-ci sont nettes. La surface de la tuméfaction est régulière. La consistance très dure, résistante et homogène; pas de points fluctuants. Le doigt détermine sur la peau rougeâtre une empreinte blanche passagère, la peau est mobile sur la tumeur, mais un peu moins que normalement, à cause de sa tension.

La tuméfaction est un peu mobile sur les parties profondes, mais immobilisée par la contraction du sterno-cléido-mastoïdien.

La palpation ne révèle pas d'engorgements ganglionnaires voisins.

Les symptômes fonctionnels et généraux, bien accentués au début, le sont moins actuellement. Les douleurs des premiers jours sont calmées et presque nulles; il n'existe qu'une gêne dans les mouvements de la tête.

La palpation même est très peu douloureuse.

Le malade a eu au début 38°7.

Actuellement la température est normale, état général très bon, pas de dysphagie, ni dyspnée.

Examen des urines, rien de particulier.

Traitement. — Pansement humide.

Les jours suivants, disparition de la douleur, de la gêne. Sommeil calme. Température normale. Diminution notable de la tuméfaction, ainsi que de la rougeur et de la chaleur, mais la consistance reste toujours la même.

20 avril. — Le malade sort de l'hôpital portant au cou une tuméfaction amoindrie, mais tout aussi dure, avec absence complète de symptômes généraux et fonctionnels quelconques et reprend son travail.

20 juin. — Nous avons vu le malade guéri complètement. Il nous raconte que la tuméfaction a disparu petit à petit.

OBSERVATION 19

KUDRIASHOFF. *Russk. Vratch*, 1902.

Dans les premiers jours du mois de janvier 1902, un Israélite de 38 ans, nécessiteux, était venu à ma consultation privée. Il tenait la tête penchée en avant et à droite et se plaignait d'une tumeur du cou. Il était très maigre. La partie droite du cou au-dessus de la clavicule, du larynx jusqu'à la partie moyenne de celle-ci, était occupée par une tumeur recouverte d'une peau de coloration normale, non mobile sur la tumeur, et qu'il était impossible de plier. La tumeur n'avait pas de limites tranchées, avait la consistance du cartilage ou du bois, était immobile et peu douloureuse.

Cette tumeur passait au-dessus de la clavicule avec laquelle elle faisait corps, et empêchait de sentir l'articulation sterno-claviculaire. Il n'y avait pas de foyer de ramollissement.

La température générale semblait peu ou pas élevée.

En somme on avait l'impression d'une tumeur maligne occupant la clavicule et les tissus environnants.

Les indications données par le malade permettaient pourtant de penser à une infection plus bénigne : le phlegmon ligneux du cou.

D'après le malade, il avait vu, à demi-distance du bord inférieur de la mâchoire et du bord inférieur de la clavicule, un petit bouton douloureux le 20 novembre 1901. Deux jours après, le bouton s'entourait d'une zone indurée, et avait la grosseur d'un pois. Il était placé sur le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien.

Le malade faisait alors une application d'emplâtre gommeux pendant une semaine et demie. Il se formait un petit foyer purulent qui s'ouvrait et la tumeur commençait à régresser.

Deux semaines après, il restait une petite cicatrice pro-

fonde, entourée d'une zone rouge, et le malade commençait à sentir, sur la partie droite du cou, une douleur occupant le siège du muscle et lui faisant tourner la tête à droite.

Le thermomètre marquait 38° 4.

Deux jours après, la température étant presque normale, une tumeur dure apparaissait, douloureuse à la pression seulement.

Pendant deux semaines, malgré différentes frictions, la tumeur augmentait un peu et ne changeait pas de consistance. La peau était de coloration normale.

Parmi les médecins qui voyaient le malade, les uns lui proposaient une opération, les autres, dont j'étais, préféraient l'abstention.

L'emplâtre mercuriel et les compresses chaudes n'avaient donné aucun résultat.

Dans le but d'activer le processus, je conseillai l'application d'un emplâtre gommeux; la peau devint rouge, et se souleva au centre, près du bord supérieur de la clavicule et de l'articulation sterno-claviculaire. La douleur avait disparu.

Le foyer formé fut ouvert le 8 janvier 1902 à la clinique du docteur Turner. L'incision donna un peu de liquide séro-purulent. La sonde ne pénétrait pas à plus de 2 à 2 cm 1/2 et tombait sur une paroi résistante.

Le soir, le malade souffrait de la tête et sa température était de 39° 3.

Le jour suivant, 38° matin et soir et, ensuite, la température redevient normale. La douleur était complètement disparue, l'état général s'améliorait. L'écoulement séro-purulent était minime.

On appliqua localement de la solution de Lugol qui rongea un peu les bords de la plaie et l'on donna de l'iodure de potassium à l'intérieur.

Au microscope, on a trouvé des coccis dispersés, mais pas d'actinomycose.

Douze jours après, la plaie s'était fermée, la tumeur régressait lentement, mais la dureté caractéristique disparut seulement un mois après.

OBSERVATION 20

CASTAN. *Archives médicales de Toulouse*, 1903.

La nommée Adèle E..., couturière, 40 ans, entre le 12 avril 1902, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Vincent, service de M. le Professeur Jeannel, porteuse d'une tumeur de la région sterno-mastoïdienne supérieure gauche. Elle ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ni personnels; on ne relève aucun stigmate néoplasique ou tuberculeux chez ses ascendants. Elle a été réglée à 13 ans, toujours régulièrement depuis, a fait, à 22 ans, une fausse couche de 3 mois et n'a pas eu d'enfant. Jusqu'en novembre 1901, elle a toujours joui d'une santé parfaite.

A cette époque, à la suite d'un refroidissement (?), elle ressentit une légère douleur en arrière de l'angle de la mâchoire gauche, en même temps, la région devenait un peu rouge; elle appliqua quelques cataplasmes et, au bout de 2 ou 3 semaines, s'était développée une tuméfaction, du volume d'un petit œuf de poule, qui augmenta lentement; en février 1902, cette tuméfaction se perça spontanément en un point, laissant écouler une très faible quantité de pus mélangé de sang. Un médecin, appelé en mars, pratiqua quelques incisions assez larges et des injections d'éther iodoformé dans l'épaisseur de la tumeur. Ce traitement n'amenant aucune amélioration, la malade se décide à entrer à l'hôpital; à ce moment, la lésion qui était restée jusque-là indolore, commençait à provoquer quelques douleurs spontanées peu vives.

Du côté gauche du cou, on constate la présence d'une tuméfaction aplatie, du volume de la paume de la main, sans notable changement de coloration de la peau, située en arrière de la branche montante du maxillaire; ses limites sont : en haut, la pointe de la mastoïde et le lobule de l'oreille; en bas, un plan horizontal séparant les deux tiers supérieurs du sterno-mastoïdien de son tiers inférieur; en avant, la branche montante du maxillaire; en arrière, le bord postérieur du sterno-mastoïdien. Au niveau du point culmi-

nant, on voit deux cicatrices, vestiges des incisions antérieurement pratiquées. La peau est adhérente à la tumeur, celle-ci presque entièrement immobile sur les plans profonds, d'une dureté ligneuse, indolente à la pression, qui ne peut déterminer à sa surface des godets d'œdème.

L'examen le plus minutieux de la bouche, du pharynx, du larynx et de l'œsophage ne permet de déceler aucune lésion de ces organes; le corps thyroïde paraît normal; l'examen général de la malade ne révèle rien de particulier; il n'y a aucun signe de tuberculose, et pas de ganglions du côté opposé du cou. Rien d'anormal dans les urines. On se contente, faute de mieux, en présence de cette consistance et de cet envahissement en cuirasse, du diagnostic de fibro-sarcome du cou, et on propose une intervention radicale qui est acceptée.

Elle est pratiquée le 18 avril par M. le professeur Jeannel. La tumeur est circonscrite entre deux incisions curvilignes et disséquée à grand'peine; le bistouri crie et entame difficilement les tissus néoplasiques; on est, en réalité, obligé de sculpter cette production : en haut elle atteint la partie inférieure de la parotide, en arrière elle infiltre dans sa totalité le muscle sterno-mastoïdien qu'il faut disséquer; dans la profondeur, elle comble la région carotidienne, dont elle peut néanmoins être énucléée en totalité après de laborieux efforts. Au fond de la plaie apparaissent la jugulaire et le vague. Malgré une désunion partielle de la plaie opératoire, bientôt comblée par bourgeonnement, les suites ont été d'une simplicité extrême; la malade, qui avait toujours été apyrétique, ne présente pas la moindre élévation de température; son état général est excellent; mais elle est complètement aphone, et présente de la paralysie faciale inférieure avec déviation de la commissure des lèvres à droite, et flaccidité de la joue gauche. Levée dès le troisième jour, elle quitte l'hôpital le 9 mai, non sans inspirer quelques inquiétudes sur les résultats éloignés de son opération. Elle est revue à diverses reprises; la guérison opératoire se maintient parfaite; à l'aphonie a fait place de la dysphonie.

Le 27 avril 1903, elle revient une dernière fois faire constater l'excellence du résultat; la région opérée est occupée par une cicatrice triangulaire absolument souple et mobile sur les plans profonds dans lesquels on ne perçoit pas la plus légère trace d'induration; la cicatrice est cachée derrière la branche montante de la mâchoire et le résultat esthétique est parfait. Bien que le sterno-mastoïdien n'existe plus, tous les mouvements de la tête sont parfaitement libres et énergiques.

La dysphonie elle-même a complètement disparu; le 8 octobre 1902, la voix est redevenue absolument normale brusquement, du jour au lendemain.

L'occlusion de la paupière gauche est parfaite; la paralysie de la joue correspondante a complètement disparu, sa tonicité est normale. Seule, la commissure est toujours déviée à droite; mais cette déviation, très apparente quand la malade rit ou contracte en grimaçant les muscles de la face, est presque inappréciable au repos.

On avait donc cru, même et plus encore au cours de l'opération, à une tumeur maligne. L'examen histologique pratiqué par M. le professeur agrégé Rispal nous ménageait une surprise. Il s'agissait d'un phlegmon ligneux, et en aucun point on ne trouvait trace d'éléments néoplasiques. Voici la note qui nous a été remise par M. Rispal et dont nous avons pu vérifier sur une série de préparations la rigoureuse exactitude : la peau est normale; le tissu graisseux sous-cutané présente par places des nappes hémorragiques (probablement dans les points atteints par les incisions superficielles) et une infiltration de leucocytes polynucléaires; au-dessous, on trouve du tissu inflammatoire adulte formant de larges bandes de sclérose, enserrant les muscles, les vaisseaux, les nerfs et les ganglions lymphatiques; les muscles présentent de la sclérose inter et périfasciculaire; les vaisseaux, ainsi que les ganglions et les nerfs, sont entourés de toutes parts de tissu inflammatoire ne présentant aucun caractère spécifique.

OBSERVATION 21

KANTOROVITCH. *Prakt Vratch*, 1903.

Au commencement d'octobre 1902, une paysanne, Anna M..., 40 ans, s'est présentée à l'hôpital. Elle se plaignait d'avoir, à gauche du cou, une tuméfaction indolore persistant depuis déjà quelques mois malgré divers traitements.

La malade est mariée, elle a eu 6 enfants, pas de fausse couche. Elle n'a jamais eu de grave maladie, n'est restée au lit que quelques jours et s'est relevée sans traitement. Elle raconte qu'au mois de juin, pendant les travaux des champs, elle prit froid (étant en sueur elle avait bu du lait caillé froid), puis elle s'est senti mal pendant deux jours, elle avait des courbatures, mais ne quitta pas son travail. Quelques jours après, elle remarqua du côté gauche du cou, à un endroit où elle avait un petit bouton (bouton qui ne s'était pas ouvert et n'avait pas suppuré), une induration de la grosseur d'une prune. Comme cette induration n'était pas douloureuse, elle n'y prit pas garde. Trois semaines après, après la fin de la fenaison, elle alla néanmoins voir la feltscherice de la Zemstvo (1), qui lui donna une pommade (Ung. hydrarg. cinereum).

La tuméfaction avait la grosseur d'un œuf de poule, et comme elle grossissait toujours lentement, la malade vint à l'hôpital de la Zemstvo. On lui donna des cataplasmes, mais la tuméfaction ne s'améliorait pas et il y avait de légères douleurs, surtout quand la malade se couchait de ce côté.

Etat actuel. — Sur la partie gauche du cou, il y a une tuméfaction qui occupe l'étendue suivante : elle part du larynx, va en haut jusqu'au bord de la mâchoire, en bas jusqu'au milieu de la clavicule; elle a l'étendue d'une paume de main. Elle est immobile, et se perd peu à peu en haut sur la mâchoire, en bas sur la clavicule. Sa consistance est si dure

(1) Le feltscher est un grade médical servant à désigner des infirmiers d'une instruction assez étendue, et qui pratiquent, sous la direction du médecin, nombre de petites interventions courantes.

qu'on peut à peine en trouver la limite. De chaque côté elle se perd progressivement dans les parties voisines et, en passant le doigt, on sent la tuméfaction devenir de plus en plus molle, et au niveau du larynx et des vertèbres on sent que la peau est normale. La peau est immobile sur la tuméfaction, elle ne se plisse pas, et elle est d'un rouge de cyanose mais non d'inflammation. Il y a peu de douleur à la pression. La malade tient la tête de côté et ne peut la tourner vers le côté malade. Les organes internes ne présentent rien d'anormal. Il n'y a pas de stigmates de syphilis ni de tuberculose, et d'après l'interrogatoire il n'y a rien à soupçonner de ce côté. La digestion est satisfaisante, et d'après ce qu'elle dit, elle n'a pas maigri pendant la maladie. On a prescrit des applications chaudes et humides et on lui a dit de revenir quelques jours après.

La malade n'est revenue que le 20 novembre, c'est-à-dire un mois et demi après. Elle dit qu'elle a fait les applications chaudes pendant quinze jours sans obtenir de changement. (Elle n'était pas revenue pour des raisons de famille, elle habitait à 8 kilomètres de l'hôpital). Ensuite la tuméfaction s'ouvrit en trois endroits d'où sortit du pus, en petite quantité, puisque le pansement qu'elle s'était fait est resté deux jours sans être traversé. Il y a 8 jours l'écoulement de pus s'est arrêté mais la tuméfaction persiste encore. A l'inspection la tumeur a beaucoup régressé elle n'a plus que la grandeur d'un œuf de poule. La consistance restait ligneuse, mais diminuait à la périphérie, elle était très dure au niveau de la tumeur et autour des plaies. On voit sur la peau trois petites fistules qui laissent à peine passer un fin stylet. Celui-ci ne pénètre pas à plus d'un centimètre et s'arrête sur du tissu friable. La pression fait sortir des fistules un liquide séro-purulent strié de sang.

L'examen bactériologique n'a pu être fait. Les fistules furent dilatées, on y plaça des mèches iodoformées, et on recouvrit de compresses chaudes. On prescrivit de l'iodure de potassium à l'intérieur.

La malade revint au pansement deux fois par semaine. La tuméfaction diminua de plus en plus, la suppuration se tarit

et les fistules se fermèrent rapidement. Le 10 décembre, à la dernière visite de la malade il restait une induration de la grandeur d'une noisette.

OBSERVATION 22

SOUBEYRAN ET RICHE. *Montpellier médical,* 1904.

B.... Auguste, cultivateur à Fabrègues, entre le 4 juin 1905 dans la salle Bouisson n° 16. C'est un sujet très robuste, grand fumeur et ayant des habitudes éthyliques.

Il y a trois mois, sans aucun traumatisme ni plaie (apparente) du côté de la peau ou de la muqueuse bucco-pharyngée, survint une petite tumeur du volume d'une noix, sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien droit, au niveau de l'os hyoïde; cette tumeur indolore mais gênant un peu la déglutition, se serait vidée, au dire du malade, par la bouche (crachement de sang et de pus), mais elle se reforma aussitôt et devint un peu plus grosse qu'auparavant, sans douleur, ni fièvre, ni gêne notable; peu à peu, cependant elle a augmenté de volume, et, d'une façon insidieuse gagné la ligne médiane, puis l'a dépassée, acquérant ainsi un volume notable.

Depuis quatre jours, une légère poussée aiguë est survenue, des douleurs sont apparues, la déglutition, la parole, sont fort gênées.

Enfin, la nuit qui a précédé l'entrée du malade à l'hôpital, une perforation médiane s'est faite, laissant s'écouler un peu de pus.

Le malade garde un état général excellent, pas de fièvre; il a continué à vaquer à ses occupations.

Examen clinique. — La région antéro-latérale du cou est tuméfiée d'une façon absolument symétrique. La peau est rouge et enflammée depuis le fer à cheval du maxillaire inférieur jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la fourchette sternale. Au niveau du cartilage thyroïde et sur la ligne médiane, il existe une ulcération large comme une pièce de un franc. La région est le siège d'une induration

ligneuse, uniforme, sous forme d'un plastron rigide, sans bosselures, dont les limites sont : en bas, le sternum et les clavicules; en haut, le maxillaire inférieur; latéralement, les deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens. La bouche présente quelques dents cariées; la tête est immobile comme figée.

On fait aussitôt une incision médiane sans anesthésie, allant du menton jusqu'au sternum; il ne s'écoule presque pas de pus, les tissus sont grisâtres, en voie de sphacèle. Pansement humide.

Le malade est fort soulagé les jours suivants, mais l'induration est lente à se résoudre.

Le malade sort le 30 juin presque complètement cicatrisé mais avec un peu d'induration sur la partie médiane du cou.

OBSERVATION 23

NARICH. *Thèse Montpellier*, 1904, *p.* 23.

Zoé G..., 26 ans, lymphatique, réglée à 16 ans, régulièrement. Il y a dix mois, accouchement à terme.

Elle a nourri son enfant malgré quelques érosions au mamelon. Il y a cinq mois, abcès sus-aréolaire droit avec gonflement remontant jusqu'au-dessus de la clavicule; ganglions sus-claviculaires tuméfiés, à tel degré que le docteur Cambassédès craignit, pendant deux ou trois jours qu'ils ne suppurassent.

Peu à peu, induration de toute la moitié droite du cou depuis la région sous-maxillaire jusqu'à la région mammaire. Quand le docteur Cambassédès montra la malade à M. Tédenat (3 août 1892), toute la région était tendue, lisse, avec plaques rosées. Peu de douleurs, sauf quand la malade voulait tourner la tête dont les mouvements étaient fort gênés. On trouvait plusieurs ganglions indurés dans la région sous-claviculaire, à la partie moyenne de la surface fluctuante, de 3 centimètres de diamètre. M. Tédenat l'incise et évacue environ deux cuillerées à dessert de pus séreux. Huit jours après, le docteur Cambassédès évacue un abcès semblable, a

la partie inféro-externe. Peu à peu, sous l'influence de grands enveloppements humides, l'induration se résorba. Ces deux fistules durèrent une douzaine de jours; la guérison ne fut complète qu'au milieu d'octobre. Le phlegmon large et ligneux avait eu une évolution fort lente (8 mois).

OBSERVATION 24

MERKEL. *Centralblatt, f. Chirurg.*, 1904.

W. J..., 26 ans, boucher à Rothenburg, est venu nous trouver le 3 juin 1901, se plaignant de douleur dans l'amygdale droite, douleur augmentée par la déglutition, et de pesanteur d'estomac. Il disait encore que, fin mars ou commencement avril, il avait abattu une vache qui avait un abcès à la mâchoire, et comme selon l'habitude des bouchers, il portait son couteau à la bouche, le vétérinaire lui avait dit : Vous verrez qu'il vous arrivera encore quelque chose!

Les gargarismes calmèrent d'abord la douleur, mais la tumeur se propagea dans la profondeur, dans la région correspondant à l'angle droit de la mâchoire inférieure, et causait de la douleur dans la déglutition et par la limitation des mouvements du cou. On fit des badigeonnages iodés, mais la tumeur gagnait toujours en profondeur et la douleur augmentait; le malade entra à l'hôpital le 24 avril.

Au début, il n'y avait pas de fièvre, peut-être un peu de dyspnée, mais surtout de la douleur à la déglutition. La tumeur donc augmentait lentemen. vers la profondeur et aussi vers la surface faisant corps avec la peau qui prenait une coloration rouge. (A ce moment : Badigeonnages, cataplasmes de farine de lin.)

Au commencement de juillet, la température s'élevait légèrement le soir. La tumeur qui se répandait toujours dans la profondeur en haut et en arrière du côté droit du cou, était d'une dureté extraordinaire et un peu sensible en son centre, si bien qu'on l'opéra enfin, 4 mois après son commencement.

Dans les derniers jours, il y avait de la dyspnée et une forte douleur à la déglutition.

Le 7 juillet, on fit une longue incision, le long du sterno-mastoïdien, dans les tissus qui étaient durs et infiltrés. Du centre de la tumeur, il sortit environ une cuiller à soupe de pus, sans caractère spécial, sans granulations. On excisa un petit morceau de la masse dure pour l'examen microscopique. (Ce morceau envoyé à l'Institut pathologique nous revint avec le diagnostic : Tumeur maligne, peut-être (?).) Ensuite, la plaie fut tamponnée à la gaze iodoformée.

Il s'ensuivit l'atténuation de la douleur et une resorption lente de l'infiltration dure et, le 5 août, la malade quitta l'hôpital avec un pansement protecteur. La plaie bourgeonnait, il n'y avait plus de douleur.

Le 13 septembre, il se représentait à la consultation, guéri. Il n'y avait plus de tumeur amygdalienne, plus de tumeur du cou où existait seulement une longue cicatrice opératoire. L'état général était parfait.

Le vétérinaire Betscher de Rothenburg déclara que l'abcès de la mâchoire inférieure de la vache était de nature actinomycotique.

Le morceau de tumeur envoyé à l'Institut n'intéressait pas la peau, il avait à peu près le grain du cuir, et donnait une coupe lisse et blanchâtre. Comme on ne pouvait pas faire de recherche bactériologique, on a fait l'inclusion dans la paraffine pour faire des coupes. Celles-ci montraient un fort développement du tissu cellulaire sous-cutané qui était infiltré et enflammé et où les cellules avaient le caractère tantôt lymphocitaire et tantôt leucocytaire. Après cet examen toute idée de tumeur devait être abandonnée.

OBSERVATION 25

PARMENTIER. *Progrès médical belge*, 1905. p. 131.

Femme de 35 à 40 ans. Elle était malade depuis plusieurs jours déjà et avait consulté notre collègue Quintin, chef du

service dentaire à la clinique, qui nous l'adressa, après lui avoir enlevé une dent. Son aspect misérable et son teint terreux faisaient prévoir une infection. Son haleine était fétide et l'alimentation impossible par constriction des mâchoires.

Elle portait au cou, aux régions sous-mentale et sous-maxillaire gauches, une tuméfaction en plaque, dure, lisse, rosée et non fluctuante. Je me crus en présence d'un phlegmon ordinaire du cou et, suivant le conseil de Lejars dans sa chirurgie d'urgence, d'autant plus que la malade était dans cet état depuis de nombreux jours déjà, je proposai l'incision sous anesthésie chloroformique; ce qui fut accepté.

Pas une goutte de pus ne s'écoula, bien que la sonde cannelée eut traversé toute la région indurée et transpercé le plancher de la bouche au niveau de la dent malade; ceci prouve donc que l'incision fut faite largement. Cela fit dire à mon confrère Lacourt et justifia son diagnostic d'impression que nous avions affaire à un phlegmon ligneux, forme morbide, rencontrée également par lui quelque temps auparavant. N'ayant rien d'autre à faire, nous plaçâmes un drain et un pansement. Ils furent renouvelés chaque jour et, comme rien n'était drainé, nous supprimâmes les drains tout en continuant à voir chaque jour la malade et à fortifier son état général portant toujours les caractères de l'infection. Les choses restèrent telles pendant trois à quatre semaines. Dans l'entre-temps, comme la malade souffrait au niveau de la dent de sagesse gauche, elle fut examinée à nouveau par notre collègue Quintin; il lui pratiqua l'extraction de cette molaire et le curettage de l'alvéole.

Finalement, après quelques jours, deux ou trois abcès superficiels se montrèrent sur la plaque indurée; ils furent ouverts et petit à petit la tumeur rétrocéda et disparut en même temps que la malade revint à la santé parfaite.

OBSERVATION 26

P. Sick. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1905.

Le 20 novembre 1904, une ouvrière de 42 ans était envoyée

par le médecin à la clinique. Elle était forte et bien portante. Cinq ans auparavant, elle avait eu une pneumonie et à la suite une suppuration de l'apophyse mastoïde. Quatre mois après sa guérison, elle commençait à recouvrer l'ouïe.

L'affection actuelle, siégeant sur la partie gauche du cou, commença le 6 novembre 1904, la malade sentit un ganglion sensible à la pression sous le maxillaire gauche. Le médecin consulté ordonna des applications humides, la malade ne sait pas s'il avait trouvé une angine. Elle ne souffrait pas des dents. Comme la tumeur augmentait elle fit des applications chaudes de camomille, qui calmèrent les douleurs légères qu'elle ressentait. La difficulté de la déglutition persistait et la joue gauche était tuméfiée jusqu'à l'œil. Les derniers jours la difficulté de déglutition augmentait et finalement pendant 3 jours elle ne pouvait prendre que des liquides. Comme la tumeur du cou envahissait la face et s'étendait, le médecin passa la malade à la clinique chirurgicale.

Le 20 novembre, la tumeur occupait la partie gauche du cou à partir du bord de la mâchoire jusqu'à l'apophyse mastoïde et du sterno-mastoïdien jusqu'à la ligne médiane s'étendant en bas à un doigt de la clavicule. La peau était un peu tuméfiée et rougeâtre. La tumeur qui était limitée par des bords nets et un peu saillants occupait moins la peau que le tissu cellulaire sous-cutané. Cependant la peau était par places mince et bleuâtre. Nulle part, il n'y avait de fluctuation, mais une dureté énorme, un œdème léger, et pas de douleur, même à la pression forte. D'après les caractères on ne pouvait croire à une inflammation aiguë, mais à cause du déplacement peu étendu de la tumeur et de la limitation des mouvements du cou, on pouvait conclure à une atteinte profonde du tissu cellulaire et des muscles du cou.

Il y avait manque absolu de fièvre, de dyspnée, et de phénomènes généraux, mais seulement quelques phénomènes mécaniques comme la difficulté de la déglutition.

Quelques jours après, apparurent quelques points de ramollissement pendant que disparaissait la difficulté de déglutition, que l'infiltration des parties profondes rétrocédait, et

que les limites de cette cuirasse se rapprochaient. Cependant la couleur, blanchâtre par places et vineuse à d'autres, et la dureté des parties encore atteintes restaient semblables.

Le 23 décembre, disparaissait le dernier foyer d'induration au voisinage de la corne de l'os hyoïde, la femme pouvait librement remuer le cou et déglutir (l'état général et la respiration, comme je l'ai dit, n'avaient pas été touchés). Elle rentrait chez elle et ces temps derniers (mi-mars, 1905), nous avons eu de ses nouvelles. La guérison semble définitive.

OBSERVATION 27

FICHTNER (1). *Münchener med. Woch.*, 1905.

R. Uhlan, 20 ans. Il s'est refroidi pendant un incendie à la fin de juin 1899. Il a remarqué quelques jours après une inflammation des ganglions gauches du cou. Ils étaient d'abord indolores et devenaient douloureux de jour en jour. Le 12 juillet, il s'est déclaré malade à cause de la douleur à cet endroit. Les gargarismes et les emplâtres de Priessnitz ne le calmèrent pas et il entra à l'hôpital le 17 juillet.

Etat. — A l'entrée la température est de 38°2, les jours suivants à 38° le soir. Il y a une zone infiltrée et enflammée, de forme triangulaire occupant la partie inférieure de la joue gauche, allant en haut jusqu'à l'oreille, en dedans jusqu'à 4 centimètres de la ligne médiane. Le sommet du triangle est en bas et en dehors. Il n'y avait pas de fluctuation, mais de la sensibilité à la pression. Quelques molaires et prémolaires gauches sont cariées. L'amygdale gauche est notablement augmentée. Il n'y a pas de rougeur dans le pharynx. Il se plaint de douleur dans la déglutition et ne peut écarter les mâchoires de plus de deux doigts.

Evolution. — Deux jours après la température devient normale. Les douleurs à la déglutition s'améliorent parfois un peu, mais réapparaissent tandis que la tumeur s'étend jusqu'au larynx. Le 27 juillet, il n'y a plus de douleur, la tumeur a un peu régressé en dedans mais s'étend en bas

jusqu'à la clavicule. On enlève une partie de l'amygdale gauche. Le 30 juillet ablation du reste de l'amygdale. L'infiltration régresse mais reste dure. Le 2 août, la tumeur régresse toujours et se présente sous forme d'un triangle isocèle, dont le sommet est à 6 centimètres au-dessous du bord de la mâchoire inférieure et qui atteint, en arrière, l'angle de la mâchoire et en avant presque la ligne médiane.

Le 20 août, la tumeur n'est plus grosse que comme une cerise.

R. n'éprouve plus aucune douleur, on le laisse partir. La maladie a duré près de deux mois.

OBSERVATION 28

FICHTNER (2) *Münchener med. Woch.*, 1905.

L., 20 ans, fantassin. Le 20 octobre, en se levant, il a remarqué une tumeur de la partie droite du cou. Il n'y a pas de douleur. Comme la tumeur ne disparaissait pas, il se fait porter malade et entre à l'hôpital le 24 octobre. La cause est méconnue.

Etat. — Homme fort. Température normale. Les amygdales et le voile du palais sont normaux. Les dents de la mâchoire inférieure sont saines jusqu'à la deuxième molaire gauche. Entre le larynx, le bord inférieur du maxillaire droit et le bord droit du sterno-mastoïdien, se trouve une tumeur d'une largeur de 5 à 6 cm. et d'une hauteur de 3 centimètres. Elle est dure comme le bois, et indolore. Les limites sont peu nettes. La peau est normale et mobile. Il n'y a pas de difficulté de déglutition, de parole, de respiration. La voix est claire. La laryngoscopie, ne montre rien d'anormal. Il n'y a pas par ailleurs de ganglions augmentés, sauf le ganglion cubital qui est gros comme un pois. L'état général n'est pas touché.

Evolution. — La température est toujours normale. La tumeur reste telle jusqu'au milieu de novembre, donnant seu-

lement l'impression de changer souvent un peu. Il n'y a ni fièvre ni douleur.

Bientôt il se forme dans la partie inférieure de la tumeur, un petit abcès (peut-être dû à l'emploi des compresses?) Le 21 novembre, on fait une incision qui ne donne presque pas de pus. En préparation microscopique, il n'y a pas de micro-organismes. En cultures sur agar, il y a des streptocoques de virulence très atténuée. Au commencement de décembre, la plaie est guérie. La tumeur diminue et l'on commence à sentir des ganglions de la grosseur d'une cerise. Au milieu de décembre, réapparait une tumeur plus grosse, qui change souvent de grosseur parfois du jour au lendemain. Il se forme encore un petit abcès dans l'ancienne cicatrice. Après la guérison de celui-ci à la fin de décembre, la tumeur régresse rapidement. Le 2 janvier, le malade peut reprendre son service, on le laisse partir.

La maladie a duré environ 2 mois et demi.

OBSERVATION 29

PAUKSTAT. *Deutsche militârârztliche Zeitschrift,* 1905.

Le 29 janvier 1905, le « musketier » V..., se présente à l'hôpital en se plaignant d'une tuméfaction de la partie droite du cou, apparue sans cause.

Cette tuméfaction de la grosseur d'une pomme environ, se trouvait au-dessous et en arrière de l'oreille. La peau qui la recouvrait était normale, mais peu mobile. La tuméfaction était dure comme du bois, sans points ramollis, peu sensible à la pression et peu mobile. La température était à 38°5. Il n'y avait rien d'anormal dans la bouche, les amygdales n'étaient pas augmentées. L'état général était bon.

30 janvier. — Température : 38°3. La tuméfaction n'a pas changé. L'état général est bon. On fait sous chloroforme, une incision de 7 centimètres, occupant toute la longueur de la tuméfaction. La pénétration en profondeur était un peu difficile, les tissus étaient à la coupe blanc jaunâtre et résis-

tants. Il n'y avait pas de pus. Pansement humide. Solution d'iodure de potassium 8/200. Température vespérale 39°3.

31 janvier. — Température : 38°5. L'aspect de la région tuméfiée n'est pas modifié, il n'y a pas de pus sur le pansement. Dans la bouche, on ne sent aucune tuméfaction. Il n'y a pas de difficulté ni pour la déglutition ni pour la respiration. En explorant la plaie avec le doigt, on trouve à 4 centimètres environ de profondeur, sous le bord inférieur de la mâchoire, une poche qui contenait à peu près une cuiller à soupe de pus. Pansement humide. Temp. vesp. 38°7.

1° février. — Température 38°2. Pas de changement d'aspect de la tuméfaction. Il ne sort pas de pus, il n'y a pas de signes prémonitoires de suppuration du tissu.

2 février. — Température : 37 °8. L'aspect de la tuméfaction est changé. Elle a diminué de largeur, mais s'est un peu étendue en bas (en suivant le muscle sterno-mastoïdien). La dureté n'a pas changé.

4 février. — La température est normale depuis hier, l'infiltration a gagné encore en bas. A la palpation on a la sensation de saisir le muscle infiltré et augmenté de 3 fois son volume.

L'état général est bon. Il n'y a pas de douleur particulière à la pression. Il n'y a pas de pus.

Du 4 au 10 février. — L'état n'est pas changé.

Le 10 février. — La région infiltrée semble se rétrécir, mais la dureté n'a pas diminué. Les tissus de la plaie ont mauvais aspect. Application humide de sublimé.

Le 12 février. — La plaie a de nouveau bon aspect. L'état général est bon. Le malade se sent bien.

Le 16 février. — On remarque que l'infiltration a diminué lentement dans sa hauteur et un peu dans sa largeur. On continue les pansements humides.

Le 20 février. — Ces jours derniers, la tuméfaction a encore diminué. Il reste encore une barre de 5 centimètres sur 3 centimètres, sensible à la pression, aussi dure qu'auparavant. La plaie bourgeonne.

Dans la suite, la plaie continue à diminuer, la dureté

régresse lentement. A la fin de février, on ne sent presque plus l'infiltration. On applique de la pommade au nitrate d'argent.

Le 14 mars, seulement, la tuméfaction avait complètement disparu et on laisse sortir le malade pour faire son service. A sa sortie, il portait une cicatrice partant à 2 centimètres sous l'apophyse mastoïde et se prolongeant en bas sur 7 centimètres. Les tissus environnants sont un peu plus durs que normalement. Les mouvements de la tête ne sont ni limités, ni douloureux.

OBSERVATION 30

G. V. Sobolevski. *Protok. Zasaïd. Kavkarzsk,* 1905.

La malade, Anna K..., 12 ans, est entrée à l'hôpital du chemin de fer, il y a deux jours, se plaignant d'une tuméfaction de tout le cou, avec douleur et impossibilité des mouvements.

Elle est malade depuis le 19 avril. D'après la lettre du médecin qu'elle apporte, on voit que la tuméfaction s'étendait avant son arrivée jusqu'au thorax.

Il n'y a pas d'hérédité spécifique ni tuberculeuse. Il y a 6 ans, elle eut la malaria, et il y a deux ans, la rougeole.

Pendant une semaine, à l'automne dernier, elle eut mal à la gorge et en avril de cette année, elle avait eu une maladie infectieuse que la mère dit avoir été une deuxième rougeole. Elle était toujours anémique et d'après les médecins qui la soignaient elle était sujette à des vertiges qui ont empêché son éducation scolaire. Elle eut même des syncopes.

Les conditions de sa vie (son père est mécanicien à la station d'Alexandropol) sont mauvaises : il y a deux chambres, dont les murs sont de pierre grise, qui sont humides, l'eau goutte parfois du plafond, le plancher est toujours humide.

La maladie actuelle a commencé par une tuméfaction derrière l'oreille gauche, tuméfaction de consistance ferme. Elle

se répandit d'abord sur la région de la nuque puis sur la partie antérieure du cou et du thorax. Pendant quelques jours, la malade ne put lever le bras gauche. La tuméfaction était douloureuse mais il n'y avait pas de rougeur intense. Après l'application d'iode, la tumeur était devenue encore plus ferme (d'après les dires de la malade elle-même). Les traits étaient tirés, mais il n'en reste aujourd'hui que peu de chose. Pendant un certain temps, la température fut élevée (près de 38°5). Pas de frisson. Il n'y avait pas de difficulté de la déglutition ni de la respiration. Il y eut une épistaxis. La malade n'a jamais eu de douleurs d'oreilles.

Elle n'est pas encore réglée.

Actuellement on remarque du côté des organes internes de l'augmentation du foie et des douleurs à son niveau.

Sur le cou, le regard est frappé par l'importante tuméfaction qui occupe la région sterno-mastoïdienne droite et passe ensuite au-dessus de l'épaule. Du côté gauche, la tuméfaction siège au-dessous de l'angle inférieur de la mâchoire. et empiète sur la nuque où elle est plus marquée à droite. Les plis normaux de la nuque sont effacés. La tuméfaction est douloureuse, consistante et sa dureté rappelle celle du bois.

Les mouvements du cou sont très limités. Le pharynx est normal.

OBSERVATION 31

S. Suchy. *Wiener med. Woch.*, 1906.

K... réserviste, du 83e régiment d'infanterie, était tombé malade, à ce qu'il dit, le 14 mars de l'année courante. Il éprouvait de la douleur à la déglutition et en même temps, il a remarqué une tuméfaction du côté droit du cou. Le jour suivant, il s'est présenté à la visite et on a diagnostiqué un début d'angine phlegmoneuse. Comme la douleur à la déglutition augmentait et que la tuméfaction du cou s'étendait on a reçu le malade le 18 mars à l'hôpital militaire.

L'état était le suivant le jour de l'entrée : Le malade est de

force moyenne, il a la figure pâle. Le cœur et les poumons, ainsi que les autres organes sont normaux. L'appétit est bon. C'est la douleur à la déglutition qui est la principale plainte du malade. La bouche ne peut être ouverte complètement. Les amygdales ne sont pas augmentées, mais le voile du palais est un peu œdématié en arrière et à droite. A la mâchoire supérieure et inférieure, des deux côtés, il y a des dents cariées. Le jour de l'entrée, la température axillaire était à 37°1. Le matin elle était normale. Le 19 mars, la température vestérale fut de 38°9, le 20 mars, 38°, le 21, 37°8, le 22, 37°7 et à partir du 23, la température était à peu près normale matin et soir. Sur le côté droit du cou, on voit une tumeur de consistance ligneuse partant du bord inférieur de la mâchoire, allant presque jusqu'au milieu du cou. Elle est recouverte d'une peau pâle, et intéresse la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Il n'y a pas de douleur spontanée, une douleur légère à la pression.

Les jours suivants, la tumeur se répand en largeur et le 20 mars, elle atteint la clavicule droite. La peau pâle et un peu œdémateuse était devenue un peu plus livide au cours de l'extension de la tumeur. Plus tard, la tumeur n'était plus uniforme et était plus accentuée de place en place. On a remarqué surtout dans dans sa partie inférieure, l'apparition de zones différentiées. La respiration du malade n'était pas changée, l'état général est bon. Le traitement consiste en gargarismes, en applications de glace, puis en applications chaudes. Malgré cela, la tuméfaction restait avec sa consistance.

Le 28 mars, comme on croyait percevoir de la fluctuation à l'angle droit de la mâchoire on fit une incision, mais il ne sortit pas de pus.

Soudainement dans la nuit du 1er avril on vit apparaître des symptômes de sténose trachéale. Le malade, assis dans dans son lit, était angoissé, avait la face cyanosée et une inspiration bruyante. On le porta de suite à la salle d'opération et on ouvrit un abcès de la grosseur d'une petite pomme qui se trouvait à peu près à droite du cartilage thyroïde.

Après l'évacuation d'un peu de pus consistant et lié, sans granulations, le malade se sentit mieux. En même temps la compression du larynx diminua et la suffocation disparut.

L'examen microscopique du pus a montré, outre les éléments cellulaires, des cocis en petites quantité, soit seuls, soit groupés par 2, 3 ou plus. (Staphylocoques). Nous regrettons de n'avoir pu faire l'étude bactériologique de ce pus. L'évolution ultérieure de la maladie a été bonne, l'infiltration a régressé, et les plaies d'incision se sont recouvertes de granulations (on avait fait encore deux incisions profondes).

Le 10 mai 1906, le malade quittait l'hôpital. L'infiltration était presque disparue, mais il restait un peu de limitation des mouvements du cou.

La maladie a duré deux mois.

OBSERVATION 32

F. Von Bœnningshausen. *Deutsche med. Woch.* 1906.

Mademoiselle Th. B. 20 ans, vint me consulter le 1er décembre de l'année dernière. Elle racontait que, six semaines auparavant on avait essayé de lui enlever une dent et qu'on n'avait pu avoir que la couronne. A la suite, la bouche s'était enflammée et cette inflammation s'étendait à l'extérieur, sur le cou.

A l'examen, il s'agit d'une demoiselle robuste. Elle ne peut ouvrir la bouche de plus d'un centimètre. La première molaire inférieure droite manque. La joue droite et toute la partie droite du cou jusqu'à la clavicule sont tuméfiés, très rouges et durs comme le bois, mais indolores. Il existe un foyer ramolli sur la peau qui recouvre le masséter. L'état général est bon. Il n'y a pas de fièvre. On incise les endroits ramollis, il en sort un peu de pus fluide. Mon espoir de voir régresser l'infiltration sous l'influence de l'incision et de la sortie du pus ne se réalisa pas. L'incision inférieure se referma rapidement, l'ouverture inférieure donnait toujours un peu de pus. Quelques jours après, il y eut du pus dans l'oreille droite et au spéculum on ne vit aucune perfo-

ration du tympan. L'état resta longtemps stationnaire. La malade pouvait bien se nourrir malgré un peu de douleur à la déglutition.

Le 4 janvier, on a pu écarter suffisamment les mâchoires pour examiner la bouche. On voyait encore les deux racines de la molaire droite dans leurs alvéoles. On les a enlevées. Les parties molles du pharynx étaient tuméfiées, mais nulle part il n'y avait de fluctuation. Après avoir employé l'iodure de potassium à l'intérieur et le massage à l'extérieur, la malade alla mieux et, au milieu de janvier, le traitement était fini. La tuméfaction de la peau n'était pas tout à fait disparue. La malade pouvait ouvrir la bouche et n'avait plus de douleur à la déglutition. L'état général était bon.

OBSERVATION 33

B. Roure (2). *Thèse de Lyon*, 1907, p. 45.

R..., à Sainte-Foy-les-Lyon, âgé de 20 ans.

Entre le 20 septembre 1907 dans le service de M. le docteur Villard, suppléé par MM. les docteurs Muller et Tavernier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Joseph, n° 12.

Le malade présente, au niveau de la partie antérieure de la région cervicale, une tuméfaction diffuse occupant la région sus-claviculaire droite, la région sus-sternale et empiétant un peu sur la région sus-claviculaire gauche.

Cette tuméfaction a débuté il y a un an environ d'une façon insidieuse, sans phénomènes aigus, ni signes généraux.

Le malade ne présente rien de suspect dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Ses parents sont en bonne santé; lui-même est d'une constitution robuste et d'une santé générale des plus satisfaisantes.

Cette tuméfaction cervicale dont il est porteur prédomine surtout un peu au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire droite. Il s'agit d'un empâtement diffus des parties molles de la base du cou, de consistance dure et ligneuse, peu douloureuse à la pression, avec une rougeur violacée des téguments,

accusée surtout au-dessus de la fourchette sternale. On constate, à un centimètre environ de l'articulation sterno-claviculaire droite, un orifice fistuleux qui s'est ouvert quelques mois après le début de l'affection, livrant passage à un peu de sérosité purulente, sans caractères spéciaux.

Le malade ne présente et n'a jamais présenté rien de suspect du côté de l'urètre et, au point de vue diagnostic, on élimine une arthrite d'origine gonococcienne. Le malade est indemne de syphilis. On fait le diagnostic d'ostéomyélite chronique de la clavicule droite, avec retentissement articulaire, et on pense à un séquestre entretenant la fistule dont le malade est porteur depuis plusieurs mois déjà. On fait des réserves pour la tuberculose, bien que le malade ne présente rien de suspect à ce point de vue et que son affection n'ait aucun caractère apparent de tuberculose.

Intervention le 26 septembre par M. le docteur Tavernier, assisté de M. le docteur Müller. Incision au niveau de la partie interne de la clavicule droite, de l'articulation sterno-claviculaire correspondante et de la fourchette sternale. On explore à ciel ouvert la fistule et l'on constate qu'elle ne présente aucune relation avec le squelette ni avec les articulations de la fourchette sternale. Le périoste et les capsules articulaires, soit à droite, soit à gauche, sont absolument intacts. Il ne s'agit donc pas d'une lésion primitivement osseuse ou articulaire.

Le trajet fistuleux aboutit dans les parties molles de la région sus-sternale à un cul-de-sac borgne, sans qu'il soit possible de découvrir une communication quelconque avec le squelette du thorax. Les tissus incisés sont lardacés, de coloration blanc grisâtre, sarcomateux, avec, çà et là, des points enflammés d'un rouge vineux. Le liquide contenu dans les trajets fistuleux est une sérosité louche, granuleuse.

Etant donnée l'intégrité du squelette, on porte alors le diagnostic de phlegmon chronique ligneux du cou, tel que Reclus en a décrit le type. On laisse la plaie largement ouverte, après avoir mis à nu le trajet fistuleux dans sa totalité.

La transformation des régions malades est rapide. Quel-

ques jours après, l'induration a à peu près complètement disparu. La plaie est presque fermée et ne présente plus qu'une étendue d'un centimètre où elle n'est pas encore cicatrisée.

Deux mois après, la guérison est complète.

Il s'agit donc bien d'un phlegmon ligneux chronique, spontané, de la région cervicale, tel que l'a décrit Reclus, phlegmon guérissant d'une façon rapide par l'incision large et la mise à jour des trajets fistuleux.

OBSERVATION 34

RAFIN. *In Thèse Roure* (3), Lyon, 1907.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une attaque; mère morte d'un abcès dans le ventre. Un frère mort alcoolique.

Antécédents personnels. — Marié; quatre enfants morts de la scarlatine; il en a un autre bien portant.

Nie la syphilis. Il a bu beaucoup autrefois. Il a eu des rhumatismes.

Le malade G. Th... entre à l'hôpital Saint-Joseph le 14 septembre 1904. L'affection qui l'amène a débuté l'hiver dernier par des maux de gorge, de la difficulté pour avaler quoi que ce soit et pour respirer. En même temps, le malade est devenu sourd sans que les oreilles lui aient fait mal ou aient coulé.

Il y a deux mois, plusieurs petits abcès se sont formés sur le côté droit du cou, dans les régions sus-hyoïdienne et sous-maxillaire. On a fait plusieurs incisions qui ont laissé des fistules d'où s'écoule constamment du pus.

A l'examen. — Vaste tuméfaction dure recouvrant la branche horizontale du maxillaire inférieur, les régions sous-mentale et sous-maxillaire, et fistulisée en plusieurs points.

A l'examen de la cavité buccale, on note un peu de trismus. Rien du côté des dents. Le fond de la gorge a l'air encombré de croûtes et de mucosités. Celles-ci doivent siéger également

dans tout le rhino-pharynx, à en juger par la voix nasonnée du malade et par sa gêne pour respirer. Il présente en outre, juste au-dessous des narines, une large plaque impétigineuse en activité, suintante, parsemée de quelques croûtes. Rien au poumon. Rien au cœur. Urines normales. Température 38°.

17 septembre. — Beaucoup de gêne pour déglutir.

19 septembre. — On soumet le malade aux pulvérisations.

24 septembre. — Les pulvérisations avaient amélioré jusque-là le malade, qui commençait à reprendre appétit.

Aujourd'hui, après avoir pris un assez bon repas, le malade a ressenti un frisson violent. Sa température monte à 40°. En même temps, la joue et la région sus-maxillaire sont envahies par un œdème énorme avec rougeur de la peau. La suppuration s'arrête dans la plaie principale qui se trouve sous le maxillaire. A la palpation, on n'a pas, à la périphérie, la sensation nette d'un bourrelet, quoique l'aspect général soit bien celui d'un érysipèle. Le doigt laisse un godet profond. On n'a qu'une fluctuation douteuse. On introduit le doigt dans la plaie pour voir s'il n'y a pas quelque part un clapier qui se vide mal et se soit réchauffé. Le doigt ne crève aucune poche. Il y a deux trajets : un en bas et en avant qui va vers l'os hyoïde, l'autre en haut et en arrière, qui mène dans la direction de l'os maxillaire. Entre ces deux trajets on sent une grosse masse, de consistance charnue, rappelant celle d'un sarcome, et très adhérente à la peau qui ne se laisse pas décoller.

Cette masse est du reste extrêmement résistante et nullement rénitente.

4 octobre. — Le diagnostic d'érysipèle ne s'est pas confirmé. La joue a diminué bientôt de volume, la fièvre a baissé; le malade a repris appétit. Actuellement l'empâtement a diminué considérablement, la plaie se déterge.

15 octobre. — On incise un abcès qui s'est collecté en avant de l'oreille.

20 octobre. — Broncho-pneumonie.

22 octobre. — Mort.

Examen bactériologique. — Le 18 octobre, il a été fait par M. Mérieux. Le pus suspect a été examiné au microscope

sans coloration, pour la recherche de l'actinomycose. Il n'a été trouvé ni formes en massue, ni filaments actinomycosiques.

Le pus ne montrait d'ailleurs aucun grain jaune caractéristique.

Examinées après coloration par la méthode de Zihl-Kühne, les préparations du pus n'ont montré que quelques rares coccis. On n'a pas trouvé de bacilles de Koch.

Les cultures aérobies et anaérobies ont poussé après 24 heures d'étuve à 35°. Les colonies qui s'y sont développées sont constituées par des staphylocoques blancs.

Un cobaye a été inoculé pour la recherche du bacille de Koch.

15 novembre. — Le cobaye inoculé avec du pus suspect le 17 octobre ne présente à ce jour aucun signe extérieur de tuberculose. Il a été sacrifié. A l'autopsie, aucune lésion suspecte.

OBSERVATION 35

RAFIN IN ROURE (5). *Thèse de Lyon*, 1907-08.

P... Louis, employé, entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 25 juin 1900.

Il fut traité, il y a cinq ans, pour affection cardiaque et pour névropathie.

Il y a dix jours, le malade se fit extraire une dent (la deuxième incisive droite). Deux jours après, une tuméfaction se produisit dans la région sous-maxillaire du même côté. Cette tuméfaction, assez douloureuse, empêchait le sommeil du malade. Elle a augmenté peu à peu de volume. Le malade a toujours pu ouvrir la bouche sans trop de difficultés.

Actuellement, on se trouve en présence d'une énorme tuméfaction, très dure, qui embrasse la moitié du cou, depuis le sterno-mastoïdien jusqu'à la région sus-hyoïdienne mé-

diane. Elle s'étend en hauteur de la région parotidienne à la partie inférieure du sterno-mastoïdien.

La palpation est douloureuse, ne révélant ni œdème, ni fluctuation. On sent un empâtement profond très dur. Le malade éprouve quelques élancements. Il ouvre la bouche assez facilement. Pas de dyspnée. La dentition est mauvaise.

Température : 38° 5. Rien au poumon. Rien au cœur.

26 juin. — Intervention. Incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, en avant duquel on trouve une cuillerée à café de pus.

1er juillet. — Depuis hier soir, le malade a un léger œdème des deux jambes. A l'examen des urines, gros disque d'albumine. A l'examen microscopique, on voit des cylindres, des globules rouges.

12 juillet. — Le malade part amélioré. Il a encore de l'œdème de la face. Du côté de la plaie, on a enlevé les drains; la tuméfaction a beaucoup diminué de volume; les incisions sont en voie de cicatrisation.

OBSERVATION 36

H. Braat. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1908.

Il s'agit d'un homme de 60 ans qui présente un gonflement indolent, dur comme une planche, non fluctuant, nettement limité, lentement développé, probablement après une angine.

La luette est fort épaissie, il y a aussi un épaississement induré modéré de la racine de la langue et de la paroi droite du pharynx.

La guérison se produit en quelques mois, avec le traitement du médecin habituel du malade.

OBSERVATION 37

Sicard, Gougerot et Gy. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1909.

Alfr. Cr..., âgé de soixante-cinq ans, représentant de com-

merce, entre dans le service du professeur Brissaud, salle Saint-Charles, le 9 septembre 1908. C'est un homme vigoureux et fort, qui, à l'âge de 23 ans, aurait eu un chancre induré, mais qui, depuis, n'a pas présenté le moindre signe de syphilis.

A 63 ans, il y a dix-neuf mois, en décembre 1906, il dit avoir souffert d'un « anthrax ». Cette lésion, située sur la région scapulaire gauche, a évolué sans fièvre, suppura pendant un mois, dut être incisée et ne se cicatrisa qu'au bout de six semaines. On en voit aujourd'hui la cicatrice irrégulière, encore un peu sensible. On s'aperçut à ce moment qu'il était glycosurique (26 grammes par litre). L'évolution torpide de cette lésion anthracoïde, son apyrexie, indiquent qu'il ne s'agissait pas d'un véritable anthrax, mais d'une lésion anthracoïde à tendance subaiguë chronique (foyer suppuré initial).

Pendant qu'évoluait l'anthrax, apparaissait une douleur sourde dans l'épaule gauche. Cette douleur, qui depuis ne l'a plus quitté, a été le premier symptôme de la lésion actuelle de l'épaule gauche.

En février 1908, il découvrit, un peu au-dessous de l'os hyoïde, sur la ligne médiane, une grosse nodosité, indolente et dure, qui, peu à peu, atteignit la grosseur d'un œuf, puis s'amollit et mit encore deux mois à ulcérer la peau; après un mois de suppuration d'un pus jaunâtre et très liquide, elle s'est lentement refermée (juin 1908). Ce fut la deuxième suppuration, mais le premier abcès chronique.

Au moment où se cicatrisait ce premier abcès, le côté gauche du cou devenait douloureux (juin 1908), les mouvements étaient difficiles, la tête lui faisait mal; à la même époque, la douleur de l'épaule gauche, qui datait d'un an et demi, s'aggravait. Lentement, et sans phénomènes généraux, se sont constitués les deux phlegmons ligneux, cervical et scapulaire, qui nécessitent aujourd'hui son entrée à l'Hôtel-Dieu (troisième et quatrième foyers suppurés, mais deuxième et troisième abcès chroniques).

A son entrée (10 septembre 1908), on constate dans les régions scapulaire, latéro-cervicale et humérale postérieure

gauches les signes caractéristiques d'un phlegmon ligneux.

Au cou, la tuméfaction occupe la région sterno-mastoïdienne gauche dans toute sa longueur, de la nuque à la clavicule; la tête est penchée vers l'épaule gauche, les mouvements sont impossibles et extrêmement douloureux; la peau est à peine rosée; on sent un muscle contracturé enveloppé dans une masse ligneuse diffuse.

Toute l'épaule est augmentée de volume, le bras est immobilisé en adduction et rotation interne par la contracture musculaire; les mouvements provoqués sont très limités et douloureux; les régions deltoïdienne, sous-claviculaire, sus-épineuse gauches sont tuméfiées, la peau est blanc rosé, tendue et lisse, le doigt a une sensation très spéciale d'empâtement ligneux qui empêche de déprimer la peau, et de la faire glisser sur les plans profonds. Les limites de cette induration sont diffuses. En somme, l'épaule gauche forme un bloc ligneux. Sur le bord postérieur du deltoïde, on a une sensation très discutable de fluctuation profonde.

Il n'y a ni retentissement local (pas de ganglions) ni général (pas de fièvre), la santé générale est indemne. On ne retrouve plus dans les urines ni sucre, ni albumine.

Une ponction exploratrice profonde du phlegmon scapulaire ne ramène que quelques gouttes de séro-pus et du sang. Sur frottis, ce pus est formé de très nombreux polynucléaires avariés et de grands macrophages; on y décèle quelques coccis en petites grappes. Les cultures donnent toutes du straphylocoque doré.

La sporo-agglutination est deux fois négative. Elle a été faite par nous une fois au laboratoire de M. Widal en même temps que la fixation mycosique, qui, elle aussi, est négative.

On élimine les mycoses et on s'arrête au diagnostic de phlegmon ligneux.

L'opération est décidée, elle est pratiquée par Caraven.

Au cou, le bistouri incise un tégument épaissi, œdématié et induré, et, rapidement, atteint la poche fluctuante que l'on sentait sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien; il s'écoule une quantité abondante de pus jaune verdâtre mêlé

de débris sphacélés blanchâtres. Cette large poche vidée, le doigt pénètre dans une cavité très irrégulière, au-dessous du sterno-mastoïdien, qui forme une corde dure; la coque semble aller jusqu'à la colonne vertébrale.

A l'épaule, le bistouri incise la peau et l'hypoderme, extrêmement épaissis et indurés, épaissis de plusieurs centimètres, avant d'atteindre, en arrière du deltoïde, la poche scléreuse de l'abcès; cette poche scléreuse est si dure qu'elle crie sous le scalpel. Ouverte, elle laisse échapper un flot de pus épais, verdâtre, non fétide, homogène, mélangé de grosses masses nécrosées, filamenteuses, blanchâtres. La partie externe de la coque délabrée est enlevée à fin d'examen, le reste est soigneusement curetté. Le tout est réuni sans drainage.

Donc, dans les deux foyers, il y avait une grosse poche de pus entourée d'une large induration scléro-œdémateuse ligneuse.

Dans le pus, on retrouve sur lame la même formule cytologique polynucléaire macrophagique, les mêmes grappes de coccis; en culture, sur tous les tubes, des colonies abondantes de staphylocoques dorés. Pas de grains jaunes. Trois centimètres cubes de pus sont inoculés dans le péritoine d'un cobaye. Un fragment de paroi est inclus sous la peau de l'aine d'un autre cobaye et un gros grumeau sphacélé, qui flottait dans le pus, est inséré sur la peau dorsale du même animal. Le premier cobaye meurt en six semaines. A l'autopsie, on ne constate qu'une légère péritonite chronique avec adhérences filamenteuses et taches bleutées laiteuses très étendues de périsplénite. On retrouve de rares coccis dans le suc péritonéal. Le deuxième meurt au bout de huit semaines; on ne découvre aucune autre lésion qu'une induration scléreuse légère au point d'inoculation.

Les jours suivants, le malade a un peu de température, 38°, 38° 5; la partie inférieure de la plaie s'entr'ouvre, il s'écoule un peu de séro-pus; puis la convalescence s'affirme et le malade guérit. Les douleurs ont disparu. Cr... ne conserve plus qu'une certaine raideur dans les mouvements du cou et de l'épaule gauche. Ces tissus cutanés et sous-cutanés ont repris en grande partie leur souplesse normale.

Recherches histologiques

Plusieurs fragments comprenant toute l'épaisseur de la coque des abcès ont été prélevés à l'opération, permettant une étude histologique complète.

La paroi de l'abcès est tantôt une coque fibreuse, lisse, grisâtre, à peine pointée de rouge, criant sous le scalpel, tantôt une coque tachetée de placards rougeâtres, bourgeonnants. En ces points, la coupe montre que la coque scléreuse n'est pas à nu; en dedans d'elle existe une couche molle, translucide, d'infiltration cellulaire large de 1 à 5 millimètres, piquetée de points rouges des vaisseaux et de taches noirâtres de petits hématomes.

1° *Coque scléreuse.* — La paroi est très irrégulièrement épaisse de 3 à 15 millimètres. Elle est formée de fibres collagènes fines et moyennes serrées et denses, entremêlées de quelques fibres élastiques et séparées les unes des autres par de nombreuses cellules fixes, et par quelques plasmazellen isolées; les capillaires y sont nombreux mais étroits, leurs parois sont enflammées dissociées par des cellules infiltrées: grands mononucléaires, rares polynucléaires, plasmazellen assez nombreuses. Autour des vaisseaux, ces cellules infiltrées forment de petits nodules et d'étroites traînées qui ressortent sur la sclérose dense et compacte. Au centre d'un des nodules mononuclées, on note des cellules grandes, polygonales et allongées qui sont pâles, acidophiles, semblables à des cellules épithélioïdes.

La face interne de la coque scléreuse qui baigne dans le pus est marquée presque toujours par un liseré scléreux rectiligne, sans infiltration cellulaire plus marquée et sans traces vasculaires. En quelques points seulement, la sclérose s'infiltre de cellules nombreuses, sans être pourtant confluentes, les fibrilles collagènes plus fines dessinent un réseau dans les mailles duquel se logent de très nombreux grands mononucléaires, de nombreux plasmazellen et quelques polynucléaires. Les capillaires sont plus larges et plus nombreux.

La face externe de cette même coque scléreuse est très irrégulière, de larges travées diffluent dans le tissu adipeux,

l'infiltrant de cellules, et provoquant la réaction des cellules graisseuses; ces dernières, englobées dans la sclérose, sont longtemps reconnaissables à la logette ronde et vide qu'elles laissent.

En résumé, au niveau de la coque : sclérose compacte fibro-cellulaire avec quelques nodules d'infiltration périvasculaire, réaction fibro-conjonctive intense et plamazellen disséminées, polynucléose presque nulle. Une ébauche de nodule épithélioïde.

2° *Coque scléreuse avec infiltrat bourgeonnant vasculaire.* — Ces points sont limités, et tout autour d'eux la coque scléreuse reparaît à nu.

De dedans en dehors, on a la succession des zones suivantes :

Des bourgeons charnus mamelonnent grossièrement la paroi, leur contour est moulé par le sang et par le pus qui les baignaient, et leur liséré est formé de quelques cellules aplaties, intriquées entre les fibrilles collagènes refoulées, parsemées de débris pyknotiques. Les bourgeons charnus sont parcourus de capillaires énormes qui parfois remplissent plus de la moitié du bourgeon charnu. Ces capillaires gorgés de globules dessinent d'immenses flaques, ils sont entourés de capillaires plus petits; les parois de ces vaisseaux sont embryonnaires, limitées par des cellules endothéliales tuméfiées, basophiles. Le tissu des bourgeons charnus est constitué par des trames collagènes très fines, formées de fibrilles normales ou dégénérées, plus ou moins granuleuses; dans les mailles de ce réseau se logent de très nombreuses cellules : les unes nécrosées, pâles, sans noyau, les autres incomplètement dégénérées, polygonales, faiblement teintées, centrées d'un noyau vésiculeux très clair; ce sont des cellules fixes enflammées et multipliées. Il s'y ajoute de grands mononucléaires sans figures de macrophagie, de nombreuses plasmazellen isolées et partout disséminées, uni ou multinucléées, ressortant vivement par leur teinte sombre sur le fond clair des amas cellulaires en voie de dégénérescence, quelques-unes en dégénérescence érythrophile. Les lymphocytes sont rares, les polynucléaires sont très clairsemés, beaucoup

moins abondants que ne le laisserait croire la formule cytologique du pus. De nombreux globules rouges sont épanchés dans la masse du bourgeon charnu, et au centre de certains raptus hématiques il s'est fait une précipitation de fibrine.

Cette zone a de 1 à 3 millimètres.

Insensiblement, l'infiltrat cellulaire semble devenir plus serré. Sans être pourtant compact, le réseau collagène est mieux dessiné et les capillaires, encore très nombreux, ne sont plus démesurément dilatés. Les globules rouges et autres deviennent rares, les plasmazellen sont plus nombreuses, plusieurs sont surprises en dégénérescence érythrophile. Ça et là on voit un éosinophile dérivé de lymphocyte.

Cette zone cellulaire a de 0,5 à 2 millimètres.

Très rapidement, la trame collagène reparaît, les mailles se resserrent et s'allongent, les cellules sont moins nombreuses et plus disséminées plus fusiformes, les capillaires se rétrécissent, les plasmazellen dispersées restent nombreuses, les éosinophiles et mastzellen ne sont pas rares. Çà et là persiste un nodule d'infiltration péri-vasculaire.

Cette zone de transition fibro-cellulaire est très étroite, 0 millim. 1 à 0 millim. 5.

Bientôt, on arrive à la sclérose dense identique à celle de la coque scléreuse parsemée de quelques traînées cellulaires péri-vasculaires, de plasmazellen, de mastzellen et d'éosinophiles isolés.

Il s'agit, en résumé, d'un tissu d'inflammation chronique. Il existe des bourgeons charnus avec réaction conjonctive cellulaire intense, atrophie du réseau collagène, formation de plasmazellen, néoformation de capillaires, et polynucléose minime.

3° *Lambeaux et grumeaux blanchâtres flottant dans le pus.* — Amas de débris de tissu dégénéré et nécrosé; ils sont formés d'un très fin reticulum collagène, tuméfié et dégénéré; les mailles sont remplies de cellules nécrosées pâles, sans noyaux; des cellules fixes enflammées, encore nucléées, sont mieux reconnaissables en certains points; le plus souvent elles sont disséminées, quelquefois elles s'agglomèrent en

nodules autour d'un capillaire. Ces vaisseaux dilatés, à parois très enflammées, sont dégénérés en bloc, et contiennent des amas de globules rouges pâles et fragmentés. Sur ce tissu nécrosé ou en voie de dégénérescence ressortent vivement quelques grands macrophages et cellules fixes enflammées, des polynucléaires neutrophiles, et de très nombreuses plasmazellen petites ou grosses uni ou multinuclées, basophiles ou en dégénérescence érythrophile, de rares éosinophiles, des globules rouges isolés. Suivant les points, les polynucléaires et les plasmazellen prédominent.

On peut donc dire que ce tissu est nécrosé ou en voie de dégénérescence. Identique aux zones infiltrées superficielles des bourgeons charnus de la paroi, il représente des débris détachés de la paroi délabrée. On y retrouve les mêmes réactions inflammatoire et plasmatique.

La formule histologique de ce phlegmon ligneux est celle des inflammations chroniques. Il est remarquable de voir un germe tel que le staphylocoque, qui, presque toujours, détermine la réaction phlegmonique aiguë, susciter une néformation conjonctivo-fibro-cellulaire aussi intense et une mutation de plasmazellen aussi marquée; l'intensité de ces réactions s'oppose au faible degré de la polynucléose, et la réaction phlegmatique manque complètement.

Dans les parois scléreuses, on ne retrouve pas de cocci; dans les points d'infiltrats cellulaires, les germes sont exceptionnels, alors qu'au contraire dans le pus ils sont abondants.

OBSERVATION 38

A. de Cortes. *Bollettino della Clin.*, 1909.

C... Fortunato, 27 ans, cantonnier, célibataire, de Mozzanica.

Antécédents. — Une sœur est morte à 20 ans de tuberculose pulmonaire avec hémoptysie. Cinq frères sont morts jeunes pour des causes inconnues du malade. Le père alcoolique est mort depuis cinq ans. La mère est bien portante.

Le malade eut la fièvre typhoïde à 14 ans et depuis s'est

bien porté. Il n'a aucune maladie vénérienne ou syphilitique. Il mange bien et fait un métier peu fatigant. Il est porté à boire du vin.

Au début d'octobre 1908, il commence à remarquer à la région sus-hyoïdienne une induration qui le surprend parce qu'elle est « pareille à une pierre ». Mais comme elle ne lui cause aucune gêne, il laisse passer le temps sans se soigner. Enfin la tumeur atteint lentement les proportions que je décrirai tout à l'heure.

Vers le 20 octobre, des troubles de la déglutition commencèrent à se manifester et en même temps les mouvements du cou se trouvaient gênés. Le patient a un peu de fièvre discontinue, mais sans frissons, sans douleur des amygdales ou autre. Cependant, à cause des troubles éprouvés et de l'extension continue de la tuméfaction, il se présente à l'hôpital où il entre le 1er novembre.

Le malade est un jeune homme robuste, bien développé, bien nourri, avec plutôt tendance à l'embonpoint.

La moitié antérieure du cou est occupée par une tuméfaction un peu surélevée, à surface lisse, à bords nets, de coloration uniformément rouge vineux sans solution de continuité. Cette tuméfaction est très adhérente aux tissus sous et sus-jacents, les englobe en une masse unique et il n'est pas possible de la soulever ni de la déplacer. Elle est indolente, de consistance très dure, et le doigt n'y laisse aucune empreinte à la pression. On ne trouve pas de point de moindre consistance, et il n'y a pas d'augmentation appréciable de la température locale.

La tuméfaction s'étend du bord inférieur de la mâchoire en haut à deux doigts de la fossette sus-sternale en bas, et ses côtés dépassent un peu la partie moyenne du bord antérieur des sterno-cléido-mastoïdiens. Ces limites sont marquées par un léger soulèvement et par le passage brusque de la couleur et de la consistance aux parties environnantes qui sont normales.

On ne trouve rien sur le plancher de la bouche, à la palpation, on perçoit, dans la profondeur, l'infiltration.

Les amygdales sont saines.

Il manque la deuxième molaire inférieure droite et la troisième inférieure gauche. La cavité alvéolaire de celle-ci est douloureuse à la pression et la gencive un peu tuméfiée. Interrogé, le malade dit que le 20 août, à cause d'une forte névralgie dentaire, il s'est fait extraire cette dent et que, depuis, il n'a plus eu d'ennui. Il lui reste seulement une légère sensibilité douloureuse quand il vient à mâcher sur l'alvéole des aliments un peu durs.

La déglutition est pénible et douloureuse, la respiration libre. Les mouvements de flexion, d'extension et de rotation du cou sont très limités. Pour regarder en arrière, de côté, en haut ou en bas, le malade accomplit des mouvements du thorax sur la colonne vertébrale.

On ne trouve pas de ganglions sur les territoires environnants. Il n'y a rien à noter à l'examen général. Pouls, 86. Respiration, 18. Température du soir, 37° 1. Pas d'éléments anormaux dans l'urine.

Le tableau clinique était complet, cependant, je fis seulement le diagnostic de phlegmon ligneux du cou probable, et je prescrivis les applications humides et chaudes .

La température atteignit un maximum de 37° 1 le 2; 37° 3, le 3; 37° 1, le 4. Elle fut normale le 5. Ce jour-là, on fit la cuti-réaction à la tuberculine, selon le mode de Pirquet; elle fut positive. Les six jours suivants, la température maxima oscilla autour de 37° 3, 37° 8, 37° 4, 37° 7.

Ce dernier jour, le 10, commencèrent à se montrer des troubles de la respiration en même temps que ceux de la déglutition étaient fortement augmentés. La dyspnée était spécialement accentuée la nuit, et menaçante à certains moments.

Le 12, la température était tout à fait normale et s'est maintenue telle jusqu'à la fin.

Le 15, on commence à noter de l'œdème de la peau, le doigt y laisse une empreinte manifeste. En même temps, il se forme, au centre de la tuméfaction, une zone plus fortement violacée.

Le 17, on note au centre un point de ramollissement. A l'incision, il sort très peu de pus épais et sanguinolent. Il

s'agit d'une collection superficielle, sans ramification ni cavité dans la profondeur.

A la suite de cette incision, la dysphagie et la dyspnée disparurent rapidement, mais l'état local subsista sans modifications. La suppuration cessa rapidement pour faire place à une sécrétion séreuse et la plaie commença à se réparer.

Au 20 décembre et à la fin de janvier, de nouveaux foyers de ramollissement s'étant formés dans le voisinage du premier, on pratiqua deux incisions qui donnèrent très peu de pus. La dernière, étant donnée l'infiltration persistante, intéressa aussi les tissus non ramollis pour drainer la sérosité qu'ils contenaient. A ce niveau, la surface de coupe apparut blanche comme du tissu de cicatrice et il s'en écoula un peu de sérosité.

Peu à peu, la tuméfaction régressa et, le 13 février 1909, le malade fut renvoyé à peu près guéri. Nous avons appris que, le 20 février, il était complètement guéri.

La maladie avait duré environ cinq mois.

Actuellement, on voit, au-dessus de l'os thyroïde, une cicatrice étoilée dont la branche droite est adhérente à un ganglion du volume d'une grosse noisette, libre, mobile et indolore. La palpation ne montre aucun ganglion dans le voisinage.

L'alvéole de la troisième molaire inférieure gauche et la gencive environnante sont encore douloureuses. Il n'y a aucun signe de périostite.

Examen du pus

Liquide épais, homogène, avec beaucoup de sang, sans masses caséeuses, sans débris nécrosés, sans granulations ou autres éléments caractéristiques.

L'examen microscopique, répété pour chaque incision, n'a rien montré de spécifique. Il n'y a pas de bacille tuberculeux ni d'autres formes bacillaires. Il y a quelques rares coccis isolés ou groupés. On exclut l'actinomycose, non seulement à cause de l'absence de granulations dans le pus (ce qui peut être insuffisant) mais aussi à cause de l'absence de

formes filamenteuses. Faute de milieux convenables, la culture n'a pu être faite.

OBSERVATION 39

CAPASSO (2). *Riforma medica,* 1909.

L'un des premiers jours de janvier 1907, au service de réception de l'hôpital des incurables, il me fut donné d'observer un malade qui présentait à la région cervicale une induration considérable s'étendant en cuirasse sur toute la région postérieure du cou. Il était envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de favus. Il me parut digne d'attention et je le reçus à l'hôpital.

C'était un paysan, Rocco Semarai, de 42 ans, venu d'un lointain pays; il avait habité l'Amérique et n'avait pas fait de service militaire.

Il racontait que, depuis un mois, il avait commencé à remarquer un engorgement de la région cervicale, engorgement qui s'était étendu avec douleur, fièvre légère et difficulté des mouvements d'extension et de flexion du cou.

Comme ces phénomènes, au lieu de diminuer, allaient en augmentant lentement, il avait consulté le médecin local qui, remarquant une rougeur de la région avait diagnostiqué un favus et prescrit des cataplasmes de farine de lin.

Ensuite, comme l'affection était restée un mois en cet état, ne montrant aucune tendance à la résolution, et les troubles fonctionnels augmentant, le médecin avait jugé bon d'envoyer le malade à l'hôpital où je l'avais reçu.

Lorsqu'il se présenta à moi, voici ce que je notai :

Le squelette est fort, les organes internes normaux, il n'y a pas de signe de syphilis antérieure. Toute la région cervicale est le siège d'une inflammation de consistance ligneuse occupant en profondeur les tissus du cou. La peau est rouge foncé avec des érosions dues certainement à l'application de substances très chaudes. L'inflammation occupait non seulement la région postérieure du cou, mais s'était étendue sur les côtés comme un plastron à travers

lequel il n'était pas possible de palper les glandes latéro-cervicales. Les mouvements de flexion et d'extension du cou étaient sérieusement gênés par la masse de la tuméfaction, et par un trouble évident de la circulation en retour le malade avait le visage en quelque sorte injecté.

L'examen de la cavité nasale et rétropharyngée ne montrait rien d'anormal. Il y avait seulement deux molaires cariées.

Je suivis attentivement l'évolution de l'affection qui me paraissait semblable au phlegmon ligneux, obligeant le malade au repos absolu au lit, le soumettant à un traitement iodé énergique, à l'application en permanence de compresses chaudes et humides sur la région cervicale.

La fièvre était modérée, oscillant entre 37° 5 et 37° 9. Les autres troubles d'ordre général n'étaient pas suffisants pour faire craindre une affection de gravité quelconque.

L'analyse de l'urine et du sang ne montre rien d'anormal dans l'organisme de Semarai.

Il se passa une vingtaine de jours pendant lesquels je fis des injections mais sans aucun résultat. Vers la fin de janvier, à la visite du matin, je m'aperçus qu'il existait un petit point fluctuant vers le centre du vaste foyer tandis que les tissus environnants avaient gardé la consistance ligneuse précédemment observée.

Comme à ce moment je faisais un travail expérimental sur les hernies à l'Institut d'Hygiène de notre Université, je pensai à faire des recherches bactériologiques et biologiques avec le contenu liquide du petit abcès qui s'était formé. Le jour suivant, avec toutes les précautions d'asepsie, je fis une ponction exploratrice avec une seringue ordinaire. Je recueillis une dizaine de centimètres cubes d'un liquide purulent assez dense que je destinais aux expériences qui suivront.

Quelques jours après, la petite cavité s'était remplie de pus et comme la collection était assez superficielle elle fut ouverte, vidée et désinfectée.

L'évolution vers la guérison fut lente; à différentes reprises des petits abcès se montrèrent çà et là qui repré-

sentaient certainement une petite phase de la réduction de toute la lésion en importance et en étendue.

Deux mois se passèrent encore de cette façon, et à la fin, soit par le repos, soit pour une autre raison ignorée, la tuméfaction alla en diminuant sensiblement, et le malade sortit de l'hôpital le 12 avril, non complètement guéri.

Du pus recueilli, une partie servit à faire des cultures sur bouillon et le reste fut injecté à trois cobayes et à un lapin.

Les cultures donnèrent du staphylocoque, mais elles se développèrent avec une très grande lenteur et une grande difficulté.

Deux cobayes qui en subirent l'inoculation moururent, l'un cinq jours après et l'autre neuf jours, et, dans les deux cas, on trouvait au point inoculé un petit nodule d'aspect fibreux.

L'inoculation du pus aux trois cobayes donna des phénomènes identiques, mais plus atténués, et la mort se produisit respectivement au 10e, 12e et 13e jour.

Chez le lapin, qui mourut le 19e jour, je trouvai, au lieu de l'injection un petit abcès contenant du pus très épais. Dans celui-ci je trouvai, outre que le staphylocoque, un bacille semblable au pseudo-diphtérique.

OBSERVATION 40

P. Moure. *Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.* (*Bordeaux*), 1911, 15 *juillet. N°* 28, *pages* 65 *à* 73.

Le 20 juin 1909, entrait à l'Hôtel-Dieu, pour salpingite, une femme de 23 ans. Cette malade, dans les antécédents de laquelle on notait une typhoïde à l'âge de quinze ans et une crise de rhumatisme à l'âge de vingt et un ans, avait un état général assez précaire; pâle, affaiblie, très apathique, elle toussait et présentait d'ailleurs quelques craquements au sommet droit.

Elle était depuis huit jours alitée à l'hôpital lorsque, brusquement, durant la nuit, elle ressent une douleur assez vive dans la région mastoïdienne gauche; la température monte

à 38°. Le lendemain, la palpation révèle la présence de quatre petits ganglions siégeant sur la mastoïde. Ils sont gros comme des haricots, mobiles, mais extrêmement douloureux. A leur surface, la peau est normale. Aucune excoriation n'est visible sur le territoire lymphatique des ganglions enflammés. La température monte à 39°, et, les jours suivants, les ganglions superficiels qui accompagnent le trajet de la jugulaire externe deviennent gros et douloureux, et bientôt cette adénite s'accompagne de périadénite avec rougeur et gonflement de la peau.

Une dizaine de jours après le début, l'inspection révèle un gonflement de la région sterno-mastoïdienne gauche, qui en haut remonte jusqu'à la base de la mastoïde et se prolonge jusqu'à la partie moyenne du cou, le long du sterno-mastoïdien, donnant tout à fait l'impression d'une mastoïdite de Bézold. Mais l'absence de tout symptôme auriculaire et l'évolution permettent d'écarter sûrement ce diagnostic. Cependant si, pour une première fois, on avait examiné la malade à cette période on aurait été en droit de penser à une lésion mastoïdienne sous-jacente.

La palpation de la région révèle l'augmentation de la température locale et détermine une douleur très vive sur toute la région mastoïdienne et le long du sterno-mastoïdien. Cette masse inflammatoire se perd insensiblement à la périphérie sans limites nettes, englobant tous les tissus dans un bloc immobile et d'une dureté ligneuse.

Pendant douze jours, la masse augmente peu à peu de volume, puis reste stationnaire, mais sans présenter, sous l'influence des pansements humides, aucune tendance à la résolution ou à la fonte purulente. Au seizième jour, sa dureté ligneuse est absolue.

Etant données les douleurs très vives et le caractère nettement inflammatoire de la tuméfaction, l'intervention fut décidée.

Intervention. — Je pratiquai, sous anesthésie générale, une longue incision partant de la base de la mastoïde et descendant le long du sterno-mastoïdien jusqu'à l'incision de son tiers moyen et inférieur. Le bistouri traverse des tissus

extrêmement épaissis, criant à la coupe, d'aspect lardacé, saignant très abondamment. La mastoïde est mise à nu et l'exploration montre son périoste absolument normal, ce qui écarte, d'une façon certaine, l'idée de mastoïdite.

Le muscle sterno-mastoïdien est pris dans cette gangue inflammatoire, les fibres musculaires sont noyées dans un tissu blanchâtre très dur. A peu près au centre de l'incision, qui n'a pas laissé écouler une goutte de pus, apparaît un bourbillon blanc-jaunâtre, gros comme un petit haricot. Il est prélevé pour être examiné, ainsi qu'une tranche de la masse inflammatoire et un petit ganglion intéressé par l'incision.

La plaie, qui saignait abondamment, est lavée à l'eau oxygénée, suturée partiellement et tamponnée.

Evolution. — Sous l'influence de cette large incision, les phénomènes généraux s'amendent; la fièvre, qui oscillait autour de 38°, tombe en quelques jours; les douleurs disparaissent. La plaie, pansée régulièrement, se ferme progressivement, sans que s'établisse jamais de suppuration véritable, mais le gonflement persiste longtemps, diminuant progressivement, mais lentement. La malade quitte l'hôpital le 6 avril seulement (c'est-à-dire plus de deux mois après le début) ,complètement guérie de son phlegmon, conservant seulement une cicatrice légèrement saillante.

Examens de laboratoire. — Un gros fragment du bourbillon fut broyé dans du sérum et inoculé dans le péritoine d'un cobaye. Le reste fut ensemencé sur deux tubes de gélose glycosée, formule Sabouraud, et deux tubes de bouillon. Les premiers, laissés, à la température du laboratoire, les deuxièmes placés à l'étuve à 37°.

L'examen d'un frottis, fait avec un fragment du bourbillon montra de nombreux globules rouges, des polynucléaires avariés, des filaments de fibrine, de nombreux déchets cellulaires et une quantité considérable de cocci en chaînettes prenant le Gram.

Le cobaye vécut parfaitement et, sacrifié vingt-cinq jours plus tard, il était absolument sain.

Les cultures à l'étuve donnèrent des colonies pures de streptocoques.

Deux centimètres cubes de culture sur bouillon de ce streptocoque, inoculés dans la veine auriculaire d'un lapin, déterminèrent seulement la formation d'un petit abcès local qui guérit spontanément : ce qui prouva la faible virulence de ce streptocoque.

Des coupes histologiques furent pratiquées avec les fragments prélevés pendant l'intervention.

Sur un fragment pris près du centre, on voit une trame de fibres conjonctives épaissies œdematiées, prenant mal les colorants. Tous les interstices sont bourrés de cellules conjonctives allongées avec un gros noyau; autour d'elles, se tassent de nombreux globules rouges et des polynucléaires.

Sur un fragment qui intéresse le sterno-mastoïdien, on voit les fibres musculaires à peu près normales à la périphérie, ayant au contraire subi la dégénérescence hyaline au voisinage du foyer. Elles sont écartées par une infiltration de polynucléaires. Les vaisseaux sont dilatés, gorgés de sang; leur endothélium prolifère tendant à envahir la lumière; leurs parois sont épaisses, mais sourtout entourées d'un manchon leucocytaire.

La coupe d'un petit ganglion pris près du foyer inflammatoire montre qu'il est en réaction, car il présente des follicules à centre clair. La capsule est épaissie, entourée d'une zone de réaction conjonctive infiltrée de polynucléaires. Cette coupe donne l'impression que ce ganglion est englobé dans le processus infectieux sans y prendre une part active.

Les coupes d'un fragment de bourbillon montrent un tissu amorphe ne prenant que très faiblement l'éosine, bourré de nombreux polynucléaires très avariés. Sur les coupes colorées par la méthode de Gram et particulièrement sur celles du bourbillon, on voit une grande quantité de coccis, groupés en chaînettes, que les cultures ont montré être du streptocoque.

OBSERVATIONS

DE

CANCERS & D'ACTINOMYCOSE

ayant simulé le phlegmon ligneux

OBSERVATION 41

Von Orloff. *Kirurgia,* 1898.

Il s'agit d'un homme de 44 ans qui se plaint d'une inflammation douloureuse du cou. Il a eu un frère mort de tuberculose. Il dit n'avoir pas eu la syphilis. Il souffre des molaires gauches inférieures depuis un an. Il y a quelque temps il eut de l'inflammation de deux ganglions du cou, inflammation qui disparut rapidement. Quatre jours après la fin de celle-ci, il vit apparaître une masse dure, non douloureuse de 1 cm. 1/2 de diamètre. En 9 jours elle atteignit la grosseur d'un œuf. Le malade prit de l'iodure de potassium et fit des applications iodées chaudes. Deux jours après l'inflammation devint douloureuse. Dans la suite le malade prit encore de l'iodure. L'inflammation grandit toujours et le malade entre à la clinique.

La partie gauche du cou est le siège d'une inflammation sur laquelle la peau est tendue et qui suit les mouvements du maxillaire inférieur. Les dimensions sont de 7 centimètres en hauteur et 6 centimètres en longueur. L'inflammation est bien limitée, consistante, lisse, douloureuse à la palpation. La température locale n'est pas élevée. Il y a un peu de fièvre. Le pouls est normal.

L'inflammation occupe la peau qui adhère au cartilage thyroïde et à la branche gauche de l'os hyoïde. Elle s'étend à gauche jusqu'au sterno-mastoïdien, à droite jusqu'à la ligne médiane, en haut à un doigt du maxillaire inférieur, en bas à deux doigts de la clavicule.

Les ganglions sous-maxillaires et sus-claviculaires sont un peu augmentés. On ne voit pas les battements de la carotide. A l'examen de la bouche, il manque une petite molaire inférieure gauche, les autres molaires de ce côté sont cariées. A l'examen laryngoscopique il n'y a rien d'anormal. L'inflammation gêne la déglutition. A l'auscultation, on trouve des râles secs dans la fosse sous-épineuse gauche.

L'état général est peu satisfaisant.

On fait une incision transversale de 8 cm. et on enlève le tissu néoformé par un curettage. Ensuite, avec le scalpel, on prélève un peu de peau. L'incision a donné un peu de liquide séro-purulent dans lequel il y avait quelques grains ovales et irréguliers.

Au microscope. Pas de microorganismes. Leucocytes polynucléaires. Sur cultures en plaques, on voit se développer un bâtonnet tout différent de l'actinomycose à laquelle on pensait à cause des masses granuleuses. A l'examen des coupes de granulations on voyait surtout de l'inflammation chronique du tissu cellulaire caractérisée par la prolifération des élèments du tissu et quelques phénomènes vasculaires. A la coloration des coupes, on trouva des bâtonnets séparés identiques à ceux des cultures. Il est difficile d'expliquer les phénomènes inflammatoires par la présence de ces quelques bactéries.

On n'a rien trouvé de plus à de nombreux examens.

Il restait à examiner un morceau plus dense pris à la

périphérie du foyer. On y a trouvé le champignon rayonné, caractéristique de l'actinomycose.

OBSERVATION 42

LANG. *Thèse de Würzburg,* 1904.

Docteur D... 42 ans, entré le 5 décembre 1902 à la clinique du professeur Rosenberger. Il racontait que le 26 novembre, il s'était refroidi et que le lendemain toute la face était rouge et tuméfiée. Le médecin appelé diagnostiqua un érésypèle qui disparut en quelques jours.

5 décembre. — Entrée du malade. Il y a une infiltration dure diffuse sur tout le trajet du sternomastoïdien gauche et sur la partie droite, une considérable tuméfaction des ganglions lymphatiques. A gauche, il n'y a pas de fluctuation bien marquée. Une ponction aspiratrice avec l'appareil de Dieulafoy montra qu'il y avait du pus sous le sterno-cleido-mastoïdien gauche. On fit une incision parallèle au bord postérieur du sterno-mastoïdien depuis l'oreille. Drainage jusqu'au-dessous du muscle. Il sortit une assez grande quantité de pus. La tuméfaction regressa ensuite aussi bien à gauche où l'on n'était pas intervenu. La sécrétion du pus diminuait toujours et depuis ce moment l'état du malade était variable. Le 20 décembre, on enleva le drain et on mit une mèche (drainage capillaire). Celle-ci fut enlevée à la fin du mois et depuis il y eut peu de secrétion. Sur la partie la plus élevée de la tuméfaction subsistante la peau rougit et se tuméfia subitement. Il se fit une ouverture spontanée d'où sortit un liquide sanguinolent avec des stries purulentes.

Le professeur Dieudonné qui examina le pus y trouva toujours le streptocoque en culture pure.

Le professeur Borst qui a examiné des fragments de tumeur n'a trouvé aussi que le streptocoque.

Le professeur Rosenberger fit le diagnostic de phlegmon ligneux.

Le 27 mars 1903, le malade se plaignit d'un léger malaise

qui s'aggrava subitement dans la nuit, et sa sœur le trouva mort en revenant de chercher le médecin.

Dans l'examen histologique on trouve : « La tumeur présentait en tous ses points le tableau typique du carcinome et même du cancer de la peau, le cancroïde. »

OBSERVATION 43

NAZZARI. *Bulletino della reale accademia medica di Roma.* Année 1906-1907. Fasc VII et VIII, p. 273.

Il s'agit d'une femme de 60 ans, bien développée, extraordinairement robuste, et qui n'avait jamais été malade auparavant.

L'affection commença en octobre 1904 à la suite d'une inflammation des gencives et des amygdales déterminée par l'extraction de quelques racines dentaires. L'inflammation buccale fut guérie en quelque temps, mais il subsistait une certaine difficulté dans l'accomplissement des mouvements du cou; la malade n'y attachait pas d'importance. Dans la suite, les parties molles du cou furent envahies par une induration subdouloureuse et lentement progressive, sans accompagnement de douleur ni de fièvre. En février 1905 seulement, la malade, se croyant atteinte de rhumatisme et se plaignant de gêne de la déglutition et de la respiration, consulta le professeur La Torre qui fit le diagnostic de phlegmon ligneux du cou dû très probablement à une infection buccale. Ce diagnostic fut confirmé par le professeur F. Durante. On fit un traitement iodé hypodermique qui ne produisit aucun changement. En s'accroissant, l'altération des parties molles du cou avait rendu invisible un goître de la grosseur d'un petit citron que la malade portait depuis son adolescence. L'état de la malade alla en s'aggravant, les tissus du cou, de plus en plus indurés, devinrent douloureux, la déglutition très difficile, et il se produisit des accès de suffocation, de la douleur au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite et une notable diminution des forces.

A ce moment on pensa à faire quelques abcès de fixation par injection d'essence de thérébentine, mais auparavant on fit l'examen bactériologique du sang d'une veine du bras. Celui-ci fut positif et donna en culture de nombreuses colonies de staphylocoques. Il en fut de même pour le pus des abcès où l'on trouva aussi du staphylocoque. La malade alla de plus en plus mal et mourut avec des phénomènes d'insuffisance respiratoire le 19 juin 1905, 9 mois environ après le début de la maladie.

L'autopsie faite 24 heures après la mort donna les résultats suivants:

Cadavre bien conservé, peau pâle, pannicule adipeux sous-cutané médiocrement développé. Le cou est augmenté de volume et a un aspect plus arrondi que normalement, il présente quelques phlyctènes d'où sort un liquide jaune pâle ayant l'aspect de la lymphe.

En incisant les téguments à partir de la symphise du maxillaire inférieur on note qu'ils sont épaissis et adhérents aux tissus sous-jacents de la région du cou et de la région supérieure du thorax. Après avoir incisé la peau, le tissu sous-cutané, et l'aponévrose superficielle, on tombe sur une cavité de la grandeur d'une orange, à parois conjonctives, fibreuses, d'aspect fasciculé, et qui occupe la région sous-hyoïdienne et la région sternoclaviculaire.

A sa partie inférieure, cette cavité se substitue au manubrium sternal qui est complétement détruit, laissant libres les extrémités sternales des clavicules. La cavité est remplie d'un liquide ayant l'aspect de lymphe trouble. Les tissus de la région antérieure du cou sont traversés par des zones de tissu conjonctif épaissi et sclérosé. La région latérale et postérieure droite du cou est le siège d'une infiltration purulente des parties molles avec nécrose.

Dans le reste de l'autopsie on trouve:

Au cou, il existe une hypertrophie adénomateuse du corps thyroïde qui a la grosseur d'un petit citron, et de l'infiltration purulente de la paroi postérieure du pharynx avec formation de petits abcès.

Pour les organes thoraciques, le cœur est flasque et dilaté,

la graisse sous-péricardique est augmentée; aux deux poumons existent des hypostases et de l'œdème.

Pour les organes du petit bassin, il existe un petit miome sous-séreux à la face postérieure de l'utérus.

Dans l'épaisseur de la paroi abdominale et dans le tissu conjonctif sous-cutané de la région supéro-antérieure de la cuisse on trouve quelques abcès anciens (abcès de fixation) contenant encore du liquide séreux avec des gouttes de térébenthine.

L'articulation coxofémorale droite présente une infiltration purulente de ses diverses parties, de l'usure de l'acetabulum, de l'usure et de l'infiltration purulente de l'os iliaque.

Des morceaux de tous les organes furent fixés pour l'examen microscopique et on ensemença en différents milieux le pus des foyers de suppuration spontanés et provoqués. On trouva le staphylocoque dans ces cultures, comme dans la culture du sang faite pendant la vie, comme aussi dans le pus des abcés de fixation.

L'examen histologique montra dans les tissus fibreux qui s'étaient substitués au manubrium sternal, dans les muscles du cou et aussi dans l'os iliaque et les parties molles périarticulaires, la présence d'une néoformation à caractère infiltrant. En certains points elle formait de petits bourgeons entourés d'un abondant tissu fibreux, tout à fait semblables comme aspect à un cancer squirrheux avec de grosses cellules d'aspect épithélial, riches en protoplasma, contenant de gros noyaux et des nucléoses distincts. En d'autres points on trouvait les éléments cellulaires propres de la néoformation rassemblés en minces foyers avec un peu de tissu fibrillaire interstitiel, sans disposition en bourgeons ni en alvéoles, rappelant très clairement l'aspect du sarcome. Tous les autres organes concurremment examinés ne montraient la présence d'aucune néoformation. Le pus des différents foyers avait des caractères communs et contenait du staphylocoque.

On porta le diagnostic anatomique de tumeur mixte avec infiltration primitive du cou et du sternum et métastase à l'os iliaque droit et dans les tissus périarticulaires; et d'infection suppurative du cou à forme de phlegmon ligneux.

OBSERVATION 44

Vossenaar. Medische Revue. Haarlem, 1907.

B. O., 35 ans, demeurant à S., était occupé, le 28 février 1906, à décharger des arbres pesants, lorsqu'il fut atteint par le crochet d'une moufle à palan au front, au-dessus de l'œil gauche et blessé au sourcil jusqu'au sang. La blessure avait environ 4 cm. de largeur, elle était profonde, mais le périoste sous-jacent était épargné.

Cette blessure ne guérit pas par première intention. Le 12 mars, elle n'était pas encore fermée et il reprenait son travail avec cette plaie suppurante jusqu'au 26 mars. La maladie se compliquait alors de fièvre, d'un peu de mal de gorge, de difficulté d'avaler, langue chargée, etc. En même temps, devant l'oreille gauche, dans la région parotidienne, on remarquait un gonflement diffus, non accompagné de salivation. Il n'y avait pas de gonflement de la région parotidienne droite, ni des glandes sous-maxillaires. On n'a pas cherché s'il s'était produit des modifications du côté des testicules. On note que la consistance du gonflement était différente de celle des parotidites épidémiques. A la longue, le gonflement augmenta et une rougeur se manifesta devant l'oreille gauche, si bien que six semaines après le début du gonflement, on put y pratiquer une incision qui amena une petite quantité de pus. Il s'ensuivit une amélioration perceptible, mais le gonflement originaire s'étendit de plus en plus, en sorte que, au commencement d'octobre, il était délimité de la manière suivante : A la tempe gauche commence un gonflement relativement dur, qui passe au-dessus de l'oreille gauche, rejoint la ligne médiane de l'occiput puis recouvre le cou, l'espace scapulaire supérieur, le haut de la poitrine, englobe le devant de la gorge, remonte sur la ligne médiane par le menton, la gorge, la lèvre supérieure et une partie du nez. Ce gonflement a la dureté d'une planche, est chaud au toucher, est peu ou point sensible spontanément ou à la pression. La peau est tendue et immobile. Les phénomènes inflammatoires sont fort discrets, sauf la coloration violacée. Dans la bouche, la joue est assez dure. La séparation d'avec la peau saine est régulière et marquée par un léger œdème.

La paupière gauche est pendante, l'ouverture de l'œil étroite. La bouche s'ouvre péniblement. Il n'y a pas de trouble de la déglutition ni de la respiration. Devant l'oreille, il y a des granulations ressemblant à du lard, qui proviennent de la plaie.

La température est normale ou très légèrement augmentée.

Les conditions générales de nutrition du malade étant suffisantes, il y a très peu d'amaigrissement.

30 octobre 1906. — Mort subite par paralysie du cœur.

1er novembre 1906. — L'autopsie est effectuée par le docteur Kuyjer.

Il y a un peu d'œdème du cerveau et quelques signes de dégénérescence du cœur. Le ventricule gauche est en diastole. En dehors des limites du gonflement du cou constatées pendant la vie, on peut ajouter qu'il s'étend à la gorge, à la carotide, à la jugulaire, au pneumogastrique et au sympathique. L'amygdale gauche et la luette sont dures et gonflées, de même que l'arrière-pharynx, l'épiglotte et toute l'entrée du larynx, en sorte que les ligaments aryépiglottiques forment deux parois dures et épaisses.

La section de la masse est dure, fibreuse, brillante.

On établit le diagnostic pathologico-anatomique de phlegmon ligneux du cou de Reclus. La mort s'explique par modification du cœur, l'œdème du cerveau par la compression de la jugulaire, celle des nerfs pneumogastrique et sympathique pouvant aussi y avoir contribué.

A l'examen microscopique, on voit que le diagnostic pathologico-anatomique doit être modifié, on trouve une néoplasme malin, cancer en cuirasse. Cependant la forme et le groupement cellulaires justifient le rejet d'un néoplasme ayant son origine dans la glande parotide.

OBSERVATIONS

DE

PHLEGMONS LIGNEUX EXTRA-CERVICAUX SPONTANÉS

OBSERVATION 45

BOINET. *Union médicale*, 1876, p. 816.

Une dame de Paris, ayant dépassé la soixantaine, jouissant habituellement d'une bonne santé, ayant un certain embonpoint, passe toute la belle saison à la campagne où elle se donne beaucoup de mouvement.

Un jour, elle s'aperçoit par hasard qu'elle avait le côté gauche du ventre beaucoup plus développé que le côté droit. Jamais elle n'avait eu la moindre sensation douloureuse dans le ventre. Aussi fut-elle fort surprise de la découverte qu'elle venait de faire. Elle fit aussitôt appeler le médecin qui lui donne des soins pendant qu'elle habite la campagne,

et celui-ci diagnostiqua un kyste de l'ovaire gauche, l'engageant à aller à Paris pour y consulter son médecin habituel.

Celui-ci crut aussi reconnaître un kyste de l'ovaire. Un troisième médecin ayant été appelé, ne voulut pas se prononcer sur la nature de la maladie, mais constata seulement qu'il existait une grosse tumeur dans le ventre.

Vers la fin de juillet 1875, appelé à mon tour, je constatai l'existence d'une tumeur abdominale. Il y avait à peine deux mois que la malade avait reconnu que son ventre était plus saillant du côté gauche que du côté droit.

En découvrant la malade couchée sur le dos et dans la position horizontale, on remarque en effet que le côté gauche du ventre, dans sa partie moyenne, est bien plus saillant que le côté droit; que la coloration de la peau est la même des deux côtés. En appliquant la main sur le ventre, on reconnaît aussitôt qu'il existe une tumeur dure, exempte de la moindre douleur et qui paraît se porter davantage vers la cavité abdominale que faire saillie au dehors.

Cette tumeur est exactement située entre les fausses côtes et le rebord du bassin, d'une part, et, de l'autre, entre la colonne vertébrale et la ligne blanche, du côté gauche. La pression, même la plus forte, n'y détermine aucune douleur. Si on la saisit entre les deux mains, on juge qu'elle peut avoir le volume d'une tête de fœtus à terme.

Cette tumeur jouit d'une grande mobilité dans tous les sens. Sa base ne paraît pas adhérer dans la profondeur de la cavité. Dans les mouvements d'inspiration et d'expiration, elle suit les mouvements des parois abdominales. A la percussion, elle est mate dans une étendue de 12 à 15 cm. dans tous les sens.. Si l'on cherche de la fluctuation, il est impossible d'affirmer d'une manière positive qu'il en existe; on sent cette espèce d'élasticité qu'on rencontre parfois dans les tumeurs fibreuses.

Nul renseignement précis sur la cause de cette tumeur, si ce n'est que deux ans auparavant, étant dans l'obscurité dans une chambre, la malade était tombée par-dessus une malle,

que le ventre avait porté, mais si légèrement qu'elle n'en avait éprouvé aucune douleur, ni dans le moment, ni dans la suite et qu'elle ne pouvait attribuer à ce petit accident l'origine de la tumeur dont elle était atteinte, et qui s'était développée à son insu.

OBSERVATION 46

WEDRYCHOWSKY. *Thèse de Paris,* 1879.

Une dame de 48 ans ressentit, cinq mois après la disparition de la menstruation, de fortes douleurs peu continues dans l'hypochondre droit, au niveau d'une ligne horizontale passant par l'ombilic et assez près de la ligne médiane.

Au bout de 7 à 8 mois, cette malade remarqua une masse indurée, qui, depuis, n'a fait que s'accroître. A l'examen, on trouve une tumeur du volume d'une tête de fœtus, aplatie, peu douloureuse à la pression, mobile sur les parties profondes, fluctuante à la partie centrale.

L'état général est resté bon pendant les deux premières années; il a commencé à s'altérer lentement depuis quelques mois.

Le diagnostic parut présenter quelques difficultés. Après un minutieux examen, M. Gosselin affirma nettement l'existence d'un abcès profond de la paroi abdominale.

Pour lui, ces masses indurées que l'on sentait au pourtour de la tumeur étaient constantes dans cette variété d'abcès.

Le diagnostic fut confirmé par une ponction exploratrice et une incision.

OBSERVATION 47

PAULIN. *Gazette des hôpitaux,* 1884, p. 116.

Femme de 38 ans, sans antécédents pathologiques. Depuis

15 jours, sans cause connue, sans traumatisme, sans avoir fait d'effort, elle éprouve des douleurs dans la région hypogastrique à droite. Elle a senti s'y développer une certaine dureté, et la grosseur a augmenté peu à peu.

La tumeur occupe la partie droite de la région sous-ombilicale; elle fait corps, pour ainsi dire, avec la paroi abdominale dans laquelle elle est comme enchâssée; de forme ovalaire, elle est dirigée obliquement et parallèlement à l'arcade crurale; dure à la périphérie et dans la plus grande partie de son étendue, la peau y est normale et glisse librement. Mais le centre de la peau est rosé et il y a une certaine résistance. La douleur spontanée est très modérée. Elle est un peu plus vive à la pression et quand la malade tousse. Tout autour de la tumeur, la paroi abdominale est souple. Rien à gauche. Bon état général.

Quatre jours après, ouverture de l'abcès. Le pus est épais, phlegmoneux, non odorant.

Il est bien évident qu'il s'agit là d'un phlegmon primitif, mais deux points sont encore dignes de remarque. D'abord l'étiologie est des plus obscures; et la marche de la maladie, surtout pendant la période de début, est intéressante.

Un mois après, la suppuration est tarie, mais il reste une induration large de 6 centimètres environ et qui met 15 jours à se résoudre complètement.

OBSERVATION 48

M. Reclus. *Revue de Chirurgie*, 1896, p. 530.

J'ai suivi avec mes collègues Bouilly, Faisans et Valery Meunier, et vu opérer par Brun, un garçonnet de 15 ans qui, à la suite d'une appendicite, a vu apparaître dans la fosse iliaque gauche, puis dans la région prévésicale et enfin dans la fosse iliaque droite, trois foyers inflammatoires d'évolution chronique et d'une dureté excessive. Le premier et le second ont été ouverts, et, avant d'arriver sur une

petite collection purulente, grosse à peine comme un haricot, il avait fallu traverser un tissu lardacé, d'une épaisseur de plusieurs centimètres et comprenant le tissu cellulaire, les aponévroses, les muscles et le péritoine.

OBSERVATION 49

Krause (2). *Centralblatt für Clin.*, 1899.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans qui entra dans mon service le 24 février 1897. Il disait que depuis environ dix semaines, il avait remarqué, sur sa paroi abdominale antérieure, une petite grosseur, mais n'avait ressenti ni frisson ni fièvre. Cette tumeur indolore n'incommodait en rien le malade, mais grossissait de plus en plus. Au bout de quelque temps, le malade ressentit une certaine gêne pour uriner. Ce n'étaient pas des douleurs à proprement parler, mais il éprouvait souvent un besoin impérieux et n'urinait qu'une quantité insignifiante.

Le malade, d'une constitution faible, est pâle avec un système musculaire peu développé. Au poumon, rien d'anormal, si ce n'est une respiration un peu dure au sommet, surtout à droite.

A la paroi abdominale antérieure, se présente une tumeur s'étendant, en hauteur, depuis l'ombilic jusqu'au ligament de Poupart; à droite, jusqu'au bord externe du muscle droit; à gauche, jusqu'a l'épine iliaque antérieure et supérieure.

La tumeur est dure comme une planche, immobile. Elle s'enfonce profondément et adhère aux parties sous-jacentes. La peau est normale, mobile, pas tuméfiée, sans coloration rouge.

Au palper, même en pressant fortement, le malade n'accuse aucune douleur. Pas de fluctuation. Au toucher rectal, la tumeur est nettement perceptible lorsqu'on presse en même temps sur la peau abdominale; on lui trouve cette même dureté, sans fluctuation.

Les ganglions inguinaux sont augmentés de volume des deux côtés.

Le malade urine souvent et en petite quantité. L'urine est acide. Sa quantité est de 400 centimètres cubes en 24 heures, son poids spécifique est de 1.025. Elle contient beaucoup d'urée, pas de sucre, des traces d'albumine. L'examen de la vessie ne révèle rien d'anormal. Autres organes sains. Pas de fièvre, pouls bien frappé.

Au bout de quelques jours, un abcès se développe près de l'ombilic. On l'ouvre et il n'en sort qu'une très petite quantité de pus.

Dans le pus, écrasé entre deux lamelles et coloré au bleu de méthylène, on voit disséminés les corpuscules de pus et de cocci qui se colorent assez fortement. L'ensemencement du pus sur gélatine et sur agar ne donne aucun résultat.

Aucun changement dans l'état du malade les jours suivants. Pas de fièvre; pouls un peu faible et un peu accéléré : 94 à 100 pulsations.

La tumeur, toujours aussi dure qu'auparavant, se perçoit mieux du côté gauche où elle fait un relief plus marqué que du côté droit. Le malade urine toujours souvent et peu à la fois.

Comme jusqu'alors les cultures de pus qui avaient été faites n'avaient donné aucun résultat, je résolus, le 9 mars, de faire une coupe dans la tumeur, et de cultiver en milieu nutritif du liquide séreux et un petit fragment de cette coupe. Je prélevai ce petit fragment entre l'ombilic et la symphyse, un peu à gauche de la ligne médiane, avec toute l'antisepsie désirable. Il me sembla alors faire une coupe dans un cartilage; la surface de la coupe était grise, graisseuse, unie, exsangue.

Une gouttelette de sérosité recueillie à la surface de la coupe, et un petit morceau de tissu ligneux furent ensemencés sur agar. Au bout de 24 heures, à une température de 37°, on vit se développer, sur la culture de sérosité, des colonies se présentant sous la forme de petite îlots gris, à

bords réguliers, qui s'élevaient au-dessus de la surface de l'agar. Au bout de deux jours, ces îlots se réunissent et apparaissent comme un epais tissu ligneux; apparaît, de même, une masse grise et aussi épaisse, qui s'étend en s'épaississant. Colorées au bleu de méthylène, ces cultures apparaissent au microscope sous la forme de coccis organisés en groupes de trois ou quatre, et se colorent nettement et aussi fortement les uns que les autres. Ces coccis sont un peu plus gros que des staphylocoques. La culture qui provenait du tissu dont on a parlé, réensemencée sur agar, se développe, à une température de 37°, à la façon de petits îlots gris, surélevés, qui confluèrent en une masse épaisse de même couleur. Colorés au bleu de méthylène, ils apparaissent sous la forme de coccis rangés par groupes de deux, trois, quatre et plus.

Les cultures sur gélatine croissent très lentement à la température ordinaire de la chambre. D'abord, cinq jours après la piqûre, on aperçoit un point blanc, assez épais, surélevé; puis on voit, à l'endroit ensemencé, une colonie très grêle se développer dans la profondeur, surtout d'un côté. La gélatine n'est pas liquéfiée. Au microscope, on voit les mêmes coccis que précédemment, groupés comme on l'a dit.

Pour rechercher la virulence des cultures obtenues, j'inoculai sous la peau d'un cobaye une assez grande quantité de culture pure d'un jour. Je fermai la plaie par deux points de suture et du collodion. L'état de l'animal ne tarda pas à se modifier. Au bout de quatre jours, apparut au lieu d'inoculation, une infiltration dure des tissus. Au bout de six jours se forma un abcès.

J'ensemençai alors le pus sur agar et gélatine. On vit les jours suivants se développer sur agar des points blancs à bords réguliers et surélevés; quelques jours après, ces points blancs grossirent et confluèrent. On voit au microscope, après coloration au bleu de méthylène, que ces colonies se composent de coccis groupés par deux, trois, quatre et plus: et que ces coccis se colorent bien. Sur gélatine rien ne poussa.

Une deuxième génération, obtenue avec le pus provenant du cobaye est semblable à celle que nous avons décrite.

Après l'introduction d'une culture pure de deux jours de cette génération, sous la peau d'un cobaye, il se développa, au point d'inoculation, un abcès semblable à ceux que nous venons de décrire.

Quant au malade, sauf une légère accélération du pouls, qui est bien frappé, nous ne remarquons rien, dans son état général, qui puisse laisser à désirer. Au bout d'environ quatre semaines, la tumeur diminua de jour en jour; la plaie se cicatrisa promptement, et le malade quitta l'hôpital le 11 avril dans l'état suivant :

La plaie est bien guérie. On perçoit encore une induration insignifiante à gauche, au-dessus du ligament de Poupart. Le ventre est souple et indolore. Urine normale. Le malade est content sous tous les rapports.

OBSERVATION 50

Martinoff (3). *Kirurgia*, 1901.

I. N., cultivateur, 22 ans, est entré le 5 mars 1900 pour une tuméfaction de la partie inférieure de l'abdomen. Il urinait très souvent et avait de la faiblesse générale. Le malade est du canton de Kline. Son père est mort à 72 ans, sa mère est encore vivante, elle a 60 ans, son frère et sa sœur sont bien portants. Etant enfant, le malade était faible et n'a marché qu'à quatre ans. Il eut la variole à 9 ans. Il n'a pas eu d'autre maladie sérieuse jusqu'à ce jour, mais il n'était pas toujours très bien portant. Il n'a pas eu la syphilis.

Le 6 août 1899, il a senti une douleur au creux de l'aisselle et vers ce même moment il commençait à se sentir plus faible. Au milieu de novembre, il sentit dans le bas-ventre une tuméfaction dure de la grosseur d'un œuf de poule et complètement indolore. Les envies d'uriner devinrent plus fréquentes, mais l'urine était claire et passait librement. A cause de la faiblesse il dut rester couché deux semaines

chez lui, puis cinq semaines à l'hôpital de la Zemstvo. Il ne se produisit pas d'amélioration.

Le malade est de constitution faible. La peau et les muqueuses sont pâles. Il y a peu de graisse sous-cutanée. Il reste des stigmates de variole sur la face. La température est à 36°5. Il n'y a rien d'anormal dans les organes thoraciques, mais la cage thoracique est peu développée. Les organes de la nutrition sont normaux. La partie du ventre comprise entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic est déprimée et plus bas il y a un peu de voussure et une tuméfaction qui rappelle un peu par sa forme la vessie gonflée. A la palpation, la tuméfaction est très dure comme si on palpait une gravelle remplissant la vessie. Les limites de la tuméfaction correspondent à la forme de la vessie, en bas seulement on peut sentir l'extension de la tumeur indurée de deux côtés : à droite elle disparaît sans limites nettes près du pli inguinal; à gauche, le volume de la tuméfaction est moindre, à la percussion il y a de la matité. Le toucher rectal montre que la partie postérieure de la vessie est un peu indurée. La prostate n'est pas augmentée. Quand on fait le cathétérisme, l'explorateur entre facilement dans la vessie, et quand on le tourne en haut et en avant, il bute contre une partie indurée (paroi de la vessie), mais on n'a pas la sensation d'un choc. L'explorateur se meut facilement dans la vessie. L'émission de l'urine est plus fréquente (12 fois en 24 heures) et elle se fait inconsciemment et sans douleur. La quantité d'urine est de 2.300 cm., sa couleur jaune pâle, sa densité de 1,011 à 1,014, sa réaction neutre. Il n'y a pas d'albumine, pas de sucre, pas d'indican. A la centrifugation, il n'y a pas de précipitation, mais on a tout de même trouvé au microscope quelques cristaux de métaphosphate de calcium.

On a supposé une néoformation qui a fait corps avec la paroi antérieure de la vessie ou simplement s'appliquait contre elle. On décida d'enlever la tuméfaction et si c'était possible et nécessaire d'enlever aussi une partie de la paroi vésicale. Le 13 mars, on fit l'opération sous chloroforme. On fit une incision de la ligne blanche au-dessus du pubis, sur 7 cm. de long. Le muscle droit une fois récliné, nous sommes

tombé de suite sur un tissu dur comme le bois et qui criait sous le couteau. Les parties sous-jacentes à la couche musculaire semblaient remplacées par le tissu néoformé. Il était difficile d'aller profondément, car on ne pouvait écarter les lèvres de la plaie. Nous fûmes alors obligé d'exciser de petits morceaux de tumeur sur la ligne médiane pour voir le fond de la plaie. Pour élucider la question du rapport de la vessie avec l'infiltration, on résolut d'ouvrir la vessie. Celle-ci était distendue, incapable de se contracter, ses parois faisant corps avec le tissu induré.

En arrière, la paroi de la vessie semblait moins dure, mais tout de même plus consistante que la normale. A vrai dire, la masse principale de la tuméfaction était appliquée sur la paroi antérieure. Lorsque nous avons essayé de passer autour de la tumeur, cela nous a été impossible, latéralement et en haut la tumeur adhérait à l'épiploon. On fit des excisions pour les recherches. Au moment de l'opération, on supposa l'identité de l'affection avec les deux cas décrits, puisque l'altération macroscopique était la même. On fit un drainage de la vessie. Pendant l'évolution, le plus grand obstacle à la guérison fut que la vessie était incapable de se contracter. L'urine restait dans la vessie. Le 18 avril, la température montait à 40°. On fit arroser la vessie constamment par la plaie opératoire avec du sérum. La température descendit assez rapidement jusqu'à la normale. La plaie se ferma très lentement et le malade ne put sortir que le 31 juillet. Au-dessus du pubis, il subsista encore une très petite fistule. L'infiltration de la partie gauche était presque totalement disparue, du côté droit elle était peu diminuée. L'examen microscopique des tissus excisés a montré un tableau typique de tissu chéloïde.

OBSERVATION 51

M. Marion. *In Saussié. Th. Paris,* 1903.

M. H., journalier, âgé de 45 ans, vient à la consultation chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, le 4 mai 1903. Il présente, à la

partie inférieure et antérieure de la dernière fausse côte du côté gauche, une petite tumeur indurée de la grosseur d'un œuf de pigeon. La peau est à peine modifiée en cette région. A la palpation, la tuméfaction forme un petit bloc d'une dureté ligneuse, bloc semblant gagner assez loin dans la profondeur. La tumeur est très légèrement mobile sur les parties voisines; il n'existe pas de fluctuation.

Le malade n'a ressenti qu'un peu de gêne, mais pas de douleur; son état général, qui a toujours été excellent, n'est nullement modifié depuis 8 jours, époque à laquelle la tuméfaction s'est révélée.

M. Marion porte le diagnostic de phlegmon chronique ligneux de la paroi abdominale, et conseille au malade de revenir dans quelques jours.

Il revient le 6 mai. La peau est rosée au niveau de la tumeur, et on peut alors constater une fluctuation profonde. L'incision donne issue à quelques grammes de pus sans caractères spéciaux. Pansement simple.

Le malade n'est plus revenu à la consultation.

L'examen bactériologique n'a pas été fait.

OBSERVATION 52

M. Marion. *Arch. générales de Médecine*, 1903, IV, p. 223.

J'ai eu l'occasion d'observer un phlegmon ligneux développé dans la paroi de l'abdomen, alors que j'étais interne de M. le professeur Berger, à la Pitié, chez une femme qui était entrée pour une induration de l'ombilic. Cette induration s'étendit peu à peu et arriva à former une plaque péri-ombilicale de la largeur de la main, extrêmement dure. Au début, plusieurs de ceux qui examinèrent la malade pensèrent à un cancer de l'ombilic. Ce n'est qu'après plusieurs semaines que le diagnostic put être assuré par l'évolution de la plaque vers la suppuration.

OBSERVATION 53

F. Lejars. *Semaine médicale*, 1905.

L'an dernier j'ai observé, chez un jeune homme de 22 ans, à la face postérieure de la cuisse droite, un de ces phlegmons ligneux, des plus nets. Ici encore, l'origine était obscure, le malade s'était aperçu de « quelque chose de raide » qui se tendait derrière la cuisse et, peu à peu, la gêne était devenue plus accusée. Toute la face postérieure du membre, depuis le pli fessier jusqu'au creux poplité, était occupée par une large plaque allongée, qui s'étendait d'un bord à l'autre, plus épaisse toutefois à la partie médiane: à son niveau, la peau était d'un rouge foncé, très peu œdémateuse, par places; la consistance était uniformément dure, et d'une dureté toute particulière: c'était un véritable bloc qui s'enfonçait dans la profondeur, et qui ne se laissait nullement mobiliser. Il n'y avait ni douleur, ni fièvre, et l'état général était excellent. Sous l'influence du repos et des applications humides, la masse s'affaissa et se réduisit, elle demanda six semaines pour se résorber, sans la moindre suppuration.

OBSERVATION 54

Sottis, I., *Rivista medica. Febbraio*, 1908, p. 22

C. G..., militaire, entra à l'hôpital militaire le 9 septembre 1903, pour de la fièvre, et, le 20, fut passé de médecine en chirurgie pour une adénite inguinale droite.

Antécédents héréditaires et personnels négatifs. Le malade racontait, que, au commencement du mois, à la suite d'une blessure du talon par la chaussure, il s'était montré de la douleur et du gonflement à l'aine droite. Peu de jours après, il avait eu de la fièvre, sans frisson initial, mais avec une céphalée intense et de la névralgie des membres et du tronc. Objectivement, on observe que la nutrition est satisfaisante, les organes internes sont normaux, il y a, au talon

droit, une plaie récemment cicatrisée. Au niveau de l'aine droite, existe une tuméfaction des parties molles, deux fois grande comme la main; elle atteint, en haut, l'épine iliaque antérieure et supérieure; s'étend, en bas, à trois doigts au-dessous de l'arcade de Fallope; s'arrête, en dedans, à la ligne médiane, en se continuant insensiblement avec les régions voisines. La peau a une coloration livide, et il y a une légère douleur spontanée. A la palpation, cette infiltration, mal délimitée, présente une consistance dure. La peau ne se plisse pas, elle a perdu sa mobilité comme si elle adhérait aux tissus profonds chroniquement infiltrés. On n'a pas la sensation de fluctuation, la pression est peu douloureuse, et, tandis qu'au centre il ne laisse aucune dépression, le doigt détermine à la périphérie une légère empreinte. Les mouvements du membre inférieur sont libres, la marche est difficile à cause de la douleur locale.

Les ponctions exploratrices répétées ne donnèrent pas de pus, mais seulement quelques gouttes de sang; l'aiguille donnait la sensation de pénétrer dans un tissu dur et résistant.

Pendant six jours (21-26), la fièvre fut rémittente et oscilla à peu près entre 37° et 38°3, n'atteignant qu'une fois 39°, ensuite la température resta toujours normale.

Avec le repos, et les pansements chauds et humides répétés, la douleur locale diminua, et le gonflement s'atténua. Après une semaine de ce traitement, la masse dure semblait moins résistante et laissait percevoir dans la profondeur une obscure sensation de fluctuation. On incisa au point relativement ramolli, et l'on trouva un tissu cellulaire dur, d'aspect lardacé, sur l'épaisseur de deux centimètres; à cette profondeur, il y avait une petite collection de pus épais mêlé de sang.

La suppuration se tarit rapidement, la cavité de l'abcès était détergée au fond, mais ses bords présentaient toujours une bordure blanche adhérente. La tuméfaction de la région avait beaucoup diminué. Dans la suite, les bords de la plaie se modifièrent et se rapprochèrent, et, après un mois de traitement, le malade s'en alla guéri.

OBSERVATION 55

Sottis (2). *Rivista médica,* 1908.

Une femme, âgée en apparence de 40 ans, entra à l'hôpital civil, en chirurgie, au mois de mai 1905. Pas de maladie antérieure. Elle racontait que, vingt jours auparavant, elle avait tout à coup ressenti une douleur aiguë à l'hypochondre gauche; en même temps, elle s'apercevait que tout le flanc était le siège d'une tuméfaction de consistance très dure. Tenue plusieurs jours en observation, elle n'eut pas de douleur locale, pas de fièvre, température maxima 37°2, état général bon.

Objectivement on observe une légère saillie du flanc gauche qui descend du rebord costal jusque dans la fosse iliaque et s'arrête en dedans à peu près à la ligne médiane. La peau, de coloration normale, est adhérente à la masse infiltrée sous-jacente, de consistance dure et qui fait partie de la paroi abdominale. La pression n'est pas douloureuse. La rate paraît augmentée et, à l'inspection, son bord antérieur fait saillie sous la paroi. Il n'y a pas de troubles urinaires, les autres viscères sont sains.

Etant donnée l'incertitude du diagnostic, on fit une laparotomie latérale. La peau incisée on vit que les parties molles sous-jacentes avaient perdu leur aspect normal pour prendre une teinte grisâtre sombre, un aspect homogène et résistant, avec un abondant suintement sanguin. On arriva sur le péritoine qui fut incisé, la séreuse n'était pas altérée, la rate, grossie, conservait son aspect normal, les autres viscères étaient normaux. On referma la plaie, et les suites opératoires furent parfaites.

OBSERVATION 56

Sottis (3). *Rivista medica,* 1908.

P. E..., reclus, hérédité tuberculeuse ascendante et collatérale, doute d'infection syphilitique. Il dit avoir eu en sep-

tembre 1904 une fracture complète non ouverte de la partie moyenne de la jambe gauche. A son entrée à l'établissement des reclus, la fracture se montre bien consolidée, il y a un cal osseux à peine appréciable sur la face antéro-interne du tibia. A de longs intervalles de temps, il y a une légère douleur au siège de la fracture.

En juin 1907, sans cause appréciable, il commença à ressentir des douleurs vives et persistantes au niveau du cal, puis il vit apparaître une tuméfaction progressive sur la face antéro-interne du tibia. Celle-ci s'accentua rapidement et s'étendit en bas et latéralement jusqu'à avoir les caractères suivants :

Elle était localisée à la moitié inférieure de la jambe gauche, commençant en haut au niveau du cal, faisant une saillie d'environ 2 cm. et se perdant en bas graduellement jusque sur le cou-de-pied; ses côtés faisaient presque le tour de la jambe. Sa surface ne présentait pas d'irrégularités; la peau, de couleur normale, était légèrement œdématiée et comme marbrée de veinosités. La palpation montrait une notable consistance, osseuse par places et pâteuse à d'autres; elle provoquait une légère douleur. Pendant que la tuméfaction grandissait, on voyait s'accentuer de plus en plus un œdème blanc du pied correspondant, œdème qui prenait de notables proportions. Le malade était toujours apyrétique. La marche était impossible à cause de la douleur locale. Il n'y avait aucune lésion de l'appareil respiratoire.

Le traitement général et local, y compris le traitement antisyphilitique, ne donna aucun résultat. Comme le diagnostic était très obscur, je fus appelé à examiner le malade. Il me parut qu'il s'agissait plutôt d'un processus d'ostéomyélite chronique que d'une tumeur maligne du tibia, tout en reconnaissant les éléments contraires à ce diagnostic. L'idée d'une tumeur bénigne de l'os était à exclure à coup sûr à cause de la rapidité de l'évolution et de l'augmentation de volume notable. D'autre part, le siège à la diaphyse et non à l'épiphyse, la consistance dure, la surface uniformément régulière, les marbrures veineuses peu développées, la colora-

tion normale de la peau malgré son infiltration diffuse, l'œdème notable du pied sans relation avec une compression particulière du paquet vasculo-nerveux postérieur de la jambe constituaient un ensemble de symptômes peu favorables à l'existence d'un sarcome du tibia, spécialement d'origine périostée, comme l'évolution rapide et l'augmentation sensible de volume devaient le faire admettre. La situation du processus morbide, ainsi que l'aspect de la peau, qui ne présentait pas de foyers circonscrits de suppuration ni de fistules donnant issue à du pus granuleux plaidaient contre l'actinomycose.

Pour ces raisons, tout en admettant qu'une ostéomyélite chronique ne pouvait en deux mois environ atteindre de telles dimensions, j'acceptai par exclusion, comme le plus probable, l'existence d'un lent processus infectieux de l'os. J'en exclus la nature syphilitique à cause de l'inefficacité du traitement, et la nature bacillaire à cause de l'absence de fièvre, du bon état général, du résultat de l'examen objectif, de l'évolution rapide, progressive, de l'affection malgré le repos et le traitement le mieux approprié.

Le 19 juillet, on fit sous chloroforme une incision longitudinale de plus de 10 cm. le long de la face antérieure du tibia. Dès l'incision de la peau, l'erreur de diagnostic devint manifeste, on arrivait sur un tissu cellulaire épais de cm., résistant, criant sous le couteau, comme fibreux par places, d'aspect jaunâtre, avec des stries noirâtres constituées par des veines thrombosées. De la sérosité coulait de l'angle inférieur de la plaie, et cet écoulement augmentait par la compression du pied.

En prolongeant l'incision en haut, on vit que les muscles avaient leur aspect normal, puis on mit à jour le tibia sur plusieurs centimètres, mais on ne remarqua aucune altération appréciable de son aspect. Le périoste était de couleur normale, séparé de l'os sur un petit espace, et à part une légère saillie au foyer de l'ancienne fracture, il n'y avait aucune lésion osseuse.

On sutura partiellement la plaie et l'on mit le pied en position élevée pour aider la circulation en retour.

Pas de fièvre dans les suites opératoires. Le même jour, l'œdème du pied disparaissait, et au bout d'une semaine il n'y avait plus trace de la tuméfaction de la jambe. Deux mois après l'opération, il y avait sur le tibia une cicatrice bien consolidée, la jambe était revenue à son volume primitif, il ne restait rien de l'affection précédente, et il n'y avait pas d'autre limitation fonctionnelle que celle laissée par la fracture.

L'examen histologique de fragments de tissus prélevés pendant l'opération montrait un processus inflammatoire chronique du tissu conjonctif sous-cutané, avec organisation de l'exsudat, et grande néoformation vasculaire associée à des signes de névrite et de périnévrite de quelques petits troncs nerveux.

OBSERVATION 57

LEGUEU. *Presse médicale*, 1909.

Il s'agissait d'un malade atteint de cystite non tuberculeuse, qui présenta un plastron d'induration à la région hypogastrique, qui dura pendant six mois sans fièvre. La consistance en était absolument ligneuse, et à l'incision, on ne trouva, au centre d'épaississements considérables qu'une cuillerée à café de pus. A la suite de cette incision, tous les phénomènes disparurent lentement, mais complètement.

OBSERVATION 58

M. QUÉNU. *Annales et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 27 mai 1896, p. 453.

L'induration et la marche lente du phlegmon tiennent à la formation d'une zone scléreuse excessive autour du point infecté. Elles s'observent spécialement dans les phlegmons de la nuque, mais cette forme d'inflammation n'est pas spéciale à la région cervicale. J'en ai tout dernièrement observé

un exemple à la paroi abdominale, où des injections de sérum antistreptococcique avaient été faites d'une façon répétées contre un érésypèle chronique de la face. Toute la moitié droite de la paroi était convertie en un bloc dur, d'aspect néoplasique, sans changement de couleur à la peau. Ce n'est qu'après plusieurs semaines qu'il se forma un point plus mou, sans rougeur à la peau. L'incision ne donna issue qu'à une cuillerée de pus siégeant derrière le grand oblique.

PHLEGMONS LIGNEUX POSTOPÉRATOIRES

OBSERVATION 59

VAN STOCKUM. *13e Congrès français de Chirurgie.* Paris, 1899, p. 618.

Lorsque je prenais, il y a six mois, la direction du service chirurgical à l'hôpital de Rotterdam, j'y trouvais un malade qui avait été opéré, il y avait 7 mois, pour une hernie inguinale droite.

La plaie avait suppuré abondamment, on avait dû la rouvrir, et, après la cicatrisation, qui s'était accomplie en quatre semaines, il s'était formé des petits abcès par lesquels s'étaient éliminées les sutures profondes. Pendant la suppuration, il s'était formé une induration assez volumineuse dans les environs et, après la cicatrisation complète, le terrain induré s'était encore agrandi.

Je trouvais un homme de 55 ans, bien portant, ne se plaignant que d'un point douloureux dans le flanc droit. La cicatrice n'offrait rien de particulier; la peau environnante avait l'aspect normal, elle était souple et mobile sur les tissus sous-jacents. Mais, en palpant plus profondément, je fus surpris de trouver une résistance extrêmement dure, dont le siège évidemment fut la couche musculaire de la paroi abdominale. Il y avait là une véritable tumeur plate, comme en plastron ou en cuirasse, qui commençait justement au-dessus du ligament de Fallope et se continuait en haut sur une étendue de deux paumes de main.

Cette tumeur obturait le canal inguinal, aussi il n'y avait pas trace de hernie.

Par l'examen rectal, je pouvais m'assurer que la tumeur ne descendait pas dans la cavité abdominale.

Je passe les tentatives d'une thérapeutique résolvante, qui ne donnèrent aucun résultat.

La tumeur restait stationnaire, elle avait duré déjà 9 mois, et, quoiqu'il ne se formât pas de foyers purulents, je la croyais identique au phlegmon ligneux de M. Reclus. Aussi bien dans un but thérapeutique que pour chercher la nature du phlegmon, j'ai opéré mon malade, c'est-à-dire que j'ai excisé, en deux ou trois fois, une grande partie des tissus indurés.

J'ai trouvé la peau et le tissu conjonctif sous-cutané d'aspect normal, mais la couche musculaire fut transformée dans une masse blanche, homogène et dure, criant sous le bistouri, ressemblant aux fibrômes de l'utérus. La cicatrisation de la plaie opératoire s'est accomplie sans la moindre suppuration, par une granulation assez sèche. La dernière fois, je l'ai fermée par des sutures et j'ai obtenu la réunion par première intention. Après ces opérations, la tumeur ne s'est plus agrandie, mais les restes indurés n'ont pas encore disparu non plus.

Or l'examen histologique et bactériologique des morceaux enlevés, qui a été fait très exactement par notre compétent chef de laboratoire, le docteur Van Houtum, a démontré d'abord que le tissu induré est formé par des masses hyalines, c'est-à-dire de fibres conjonctives et de faisceaux musculaires dans un état de dégénérescence hyaline; d'actinomycose ou de tuberculose, pas de traces; et ensuite, que, dans tous les morceaux pris de différents endroits et à des époques éloignées, il se trouvait des colonies de microorganismes de la même nature qui ont été reconnus comme des bacilles pseudodiphtériques. Ils se trouvaient dans toutes les épreuves bactériologiques comme cultures pures et ils ont été trouvés seuls dans toutes les préparations microscopiques des tissus indurés.

Me souvenant du cas de M. Reclus, j'ai fait à mon malade des injections de sérum antidiphtérique. Elles sont restées sans résultat.

Nous avons fait chez des cobayes des injections intramusculaires avec les cultures des bacilles pseudo-diphtériques. Il se formait de petits nodules indurés qui disparurent bientôt.

OBSERVATION 60

JEANBRAU. *Nouveau Montpellier médical,* 1900.

C.. J..., 28 ans, cultivateur entre, le 19 mars 1900, à l'hôpital suburbain. Exempté du service militaire pour hernie inguinale gauche, il entre à l'hôpital suburbain, en juillet 1896, pour subir la cure radicale. Celle-ci fut pratiquée par M. Forgue et suivie d'une réunion par première intention. Le malade quitta l'hôpital, sur sa demande, le 23e jour.

Le lendemain, une légère tuméfaction apparut au niveau de la partie supérieure de la ligne de suture, qui atteignit le volume d'un œuf de pigeon, et, quelques jours après, s'ouvrit spontanément, donnant issue à du pus épais et louche, Pendant trois mois, la suppuration continua, puis la guérison survint spontanément.

En décembre 1898, près de deux ans et demi après la cure radicale, ce malade était en bonne santé lorsqu'il vit se former spontanément une tuméfaction sous-ombilicale de l'étendue de la main; un abcès finit par s'ouvrir et donna issue à du pus épais et louche.

Il persista une fistule ombilicale qui depuis deux ans et demi a constamment laissé couler du pus, avec des alternatives de rétention et de débâcles. Cette suppuration persistante fut, pendant un an et demi, un symptôme isolé et le malade ne s'en inquiéta pas. Mais, depuis quelques mois, il a maigri, ses forces ont diminué; il vient voir M. Forgue le 18 mars 1900 et entre dans son service.

Le malade est amaigri; l'abdomen n'est pas ballonné; dans la région inguinale gauche, cicatrice de l'incision de la cure radicale. La paroi est solide à son niveau, et la hernie ne s'est pas reformée.

A un travers de doigt au-dessous de la cicatrice ombilicale,

un orifice fistuleux, à bords adhérents, laisse sourdre une goutte de pus jaunâtre, séreux; à la palpation, on perçoit dans la paroi un empâtement très dur recouvrant toute la région sous-ombilicale et se perdant dans l'hypogastre.

Opération le 24 mars 1900. Anesthésie à l'éther. Un stylet, enfoncé dans le trajet fistuleux, se dirige obliquement de l'ombilic vers la région inguinale gauche. Sur la sonde cannelée, M. Forgue incise la paroi de ce trajet, constitué par une peau très épaissie, qui a une longueur de 15 centimètres environ; tapissé de fongosités suppurantes, il se termine en cul-de-sac un peu au-dessus de l'orifice externe du canal inguinal. Il ne paraît pas exister de communication avec l'abdomen, et l'empâtement perçu à la palpation était dû à l'induration inflammatoire des plans pariétaux. A l'aide de la curette tranchante, M. Forgue abrase les fongosités, lorsqu'il accroche, dans la partie inguinale du trajet, un nœud de soie; dans un autre coup de curette, il en ramène un second. Les fils n'ont pas été modifiés par quatre ans de séjour dans les tissus. Ils sont tels que le jour où on les a placés.

Le trajet, vigoureusement curetté, est cautérisé au chlorure de zinc à 1/10. Les bords de l'orifice fistuleux sont excisés, et on suture les bords de l'incision au crin de Florence, sans drainage.

Le malade sort guéri le 23 avril; la paroi abdominale est absolument souple, indolente, la cicatrice est solide.

OBSERVATION 61

SAUSSIÉ. *Thèse Paris*, 1903.

Mme D..., âgée de 26 ans, entre à l'hôpital Broussais, dans le service de M. Chaput, le 11 mars 1903, pour kyste hydatique suppuré du foie. Le soir de son entrée, la température est proche de 39° et l'intervention est jugée nécessaire.

Opération le 13 mars au matin. Incision médiane suivant la ligne blanche. On trouve une poche kystique unique; elle

est enlevée avec soin et le ventre est refermé par deux plans de suture : plan profond au catgut fort, et plan superficiel aux crins de Florence. La réunion se fait très rapidement, les crins sont enlevés au bout de huit jours, la plaie a un excellent aspect, mais on y maintient un pansement compressif.

La malade sort guérie le 2 avril avec un bandage de corps bien serré, ne se plaignant que d'une chose, une petite induration au niveau de l'ombilic.

Mais, le lendemain de l'opération, on s'aperçut que la malade était atteinte d'une paralysie du plexus brachial qu'on attribua au chloroforme. Après sa sortie de l'hôpital, la malade revenait chaque jour au massage et à l'électrisation.

Le 6 avril, elle me pria de bien vouloir regarder son pansement, car elle avait éprouvé, depuis la veille au soir, au niveau de l'ombilic, des picotements, avec la sensation de quelque chose très dur à cet endroit.

Le pansement enlevé, je pus constater une tuméfaction extrêmement dure à la région sous-ombilicale, ayant à peu près les dimensions d'une paume de main. La tumeur était un peu mobile sur les plans voisins, et la palpation n'y réveillait pas de douleur appréciable. La peau, soudée aux parties sous-jacentes, était rouge foncé, très œdémateuse, sans cependant qu'on puisse y déterminer le godet de l'œdème.

Le lendemain, 7 avril, la peau avait changé de couleur, elle était d'un rouge vineux, violacée, et on voyait sur la trace de la cicatrice, immédiatement à gauche de l'ombilic, un petit point purulent. En l'explorant au stylet, je fis sourdre environ un centimètre cube de pus, et j'aperçus alors l'extrémité d'un catgut que je retirai à l'aide d'une pince.

Expression du petit abcès d'où sortirent encore quelques gouttes de pus, attouchement à l'eau oxygénée à 12 volumes.

La guérison fut rapidement obtenue, mais, pendant encore plus de quinze jours, il persista une induration qui finit par disparaître complètement.

OBSERVATION 62

MARION. *Arch. génér. de médecine,* 1903.

Le second fait a trait à une religieuse hospitalière que j'ai vue au début de cette année. Au mois d'octobre 1901, en nettoyant un bistouri qui venait d'ouvrir un adéno-phlegmon du cou, elle s'était piquée au médius de la main gauche. A la suite de cete piqûre, le doigt augmenta de volume, devint dur; puis le gonflement et l'induration gagnèrent la paume de la main, l'annulaire et le cinquième doigt. La douleur était, du reste, à peu près nulle, et la malade était seulement gênée par la raideur qu'imprimait aux doigts leur tuméfaction. Je vis la malade au mois de janvier et pensai à de l'œdème inflammatoire chronique pour lequel je conseillai des pointes de feu profondes et des pansements antiseptiques. Au mois de mars, il y avait une amélioration, mais pas une guérison complète, si bien que, sur le désir de la malade, je la conduisis chez mon maître, M. le professeur Tillaux, qui ne fit que confirmer le diagnostic et conseilla de continuer le traitement en ajoutant des bains antiseptiques. Peu à peu, les lésions s'améliorèrent, le gonflement diminua, les doigts reprirent leur fonction et, au mois de mai de cette année, sept mois après le début des accidents, la malade pouvait être considérée comme définitivement guérie.

OBSERVATION 63

BETAGH (1). *Policlinico,* 1904.

I. B. G..., 35 ans, maçon, entre à la clinique, le 27 janvier 1903, pour être opéré d'une hernie inguinale gauche, oblique externe, réductible. Les antécédents héréditaires et personnels du malade sont exempts de syphilis et de maladie digne d'être notée. Le malade a un aspect sain, légèrement gras, avec des muscles abdominaux bien développés.

L'opération (cure radicale à la Bassini) fut faite le

29 janvier. Pour l'hémostase, la ligature du sac, et la suture des différents plans, on se servit de catguts préparés par la maison Hartmann et Guarneri, conservés en flacon d'origine. La suture de la peau fut faite avec de la soie stérile, à points séparés, avec deux aiguilles, pour traverser, selon notre habitude, les tissus de la profondeur à la surface.

Pendant les suites opératoires, la température atteignit 38° pendant trois jours, mais descendit subitement après l'administration d'un purgatif, pour se maintenir ensuite normale.

La réunion se fit par première intention et le malade quitta la clinique le 11 février.

Il s'y représente le 20 mars, accusant une sensation de gêne et de douleur piquante et légère au niveau de la région opérée.

A la vue, la peau est saine et la cicatrice parfaite, mais, au palper, on trouve dans la région opérée une tuméfaction de la grosseur d'un poing. Cette tuméfaction a une consistance remarquablement dure, est peu douloureuse, fait corps avec le plan musculo-aponévrotique, et est adhérente à la peau au niveau de la cicatrice seulement. Les limites sont nettes. La température est normale et se maintient telle les jours suivants.

Le malade mis au repos absolu, on fait des pansements chauds et humides, et, après quelques jours, on constate une diminution de la tuméfaction. Le 27 mars, apparaît contre la cicatrice une petite collection d'où l'on retire, avec une seringue stérile de Tursini, quelques gouttes de pus pour l'examen bactériologique. Le petit abcès vidé se guérit rapidement, et, en même temps, la tuméfaction diminue progressivement, si bien que le malade quitte la clinique le 30 mars.

Mais il y revient le 5 avril, parce qu'il a de nouveau perçu une légère douleur dans la région sus-pubienne, et a, en même temps, noté la réapparition d'un empâtement profond. A l'examen, on note la présence d'une induration localisée aux plans profonds de la paroi abdominale, et limitée, en haut, par une ligne horizontale passant à 4 travers de doigt sous l'ombilic, en bas par l'arcade pubienne; à gauche, par l'épine iliaque antérieure et supérieure. A droite, elle s'étend

sur toute la région sus-pubienne. Cette induration a la forme d'une galette et est très peu douloureuse. La température ne dépasse pas 37° 3 — 37° 5.

On remet le malade au repos, aux pansements humides et chauds, et on lui donne de l'iodure de potassium. En quinze jours environ, on obtient la réduction de la tuméfaction, qui continue ensuite lentement, sans que se manifeste aucun ramollissement, et, le 26 mai, le malade sort définitivement de la clinique.

OBSERVATION 64

Betagh (2). *Policlinico*, 1904.

S. S..., 41 ans, coiffeur, entre à la clinique, le 29 avril 1903, pour être opéré d'une hernie inguinale bilatérale.

Il est syphilitique.

Le 30 avril, on fait la cure radicale à la Bassini pour la hernie droite. Le 23 mai, il est guéri de cette opération et on lui fait la cure radicale de la hernie gauche.

Pour la ligature du sac, pour l'hémostase, pour la suture des plans profonds, on emploie, comme précédemment, du catgut de préparation Hartmann. Pour la suture cutanée, on emploie la soie stérilisée et la double aiguille.

Pendant les suites opératoires, la température atteint le deuxième jour un maximum de 37° 8, et, le sixième, 37° 3, puis reste normale et sans oscillations. La réunion se fait par première intention, et le malade quitte la clinique le 2 juin.

Le 12 juin, il se représente à notre observation pour une légère douleur punctiforme, qu'il ressent surtout pendant la marche et qui se localise dans la région de la dernière opération.

A l'examen, on constate que toute la partie inférieure gauche de l'abdomen est le siège d'une tuméfaction qui fait corps avec le plan musculo-aponévrotique de la région, n'a pas de limites nettes et possède une consistance très dure.

Cet empâtement atteint, en dedans, la ligne médiane; en

haut, une ligne horizontale qui passe à trois doigts sous l'ombilic; en dehors, presque l'épine iliaque; en bas, la ligne inguinale. La palpation est un peu douloureuse. On prescrit le repos au lit et les pansements chauds et humides.

Cet état de choses, accompagné d'une élévation thermique ne dépassant pas 38°, se maintient sans changement pendant un mois et demi, et, vers la mi-juillet seulement, on assiste à la réduction lente de la tuméfaction sans que se forme aucun foyer de ramollissement. En août, le malade est parfaitement guéri et l'on ne ressent plus que l'induration cicatricielle.

Recherches bactériologiques

Pus de la première observation.

Au microscope, présence de staphylocoques.

La culture sur agar donne du staphylocoque blanc.

I. — On inocule le pus sous la peau de l'abdomen d'un cobaye. Il se développe une petite tuméfaction de la grandeur d'un gros haricot, de consistance élastique et dure, à évolution lente, qui, ouverte au bout de 30 jours donne un pus épais où l'on isole le staphylocoque blanc.

II. — On inocule 1 c. c. de culture de 24 heures sur bouillon de staphylocoques du pus à quatre cobayes.

Le premier meurt après 20 jours. Rien a la place de l'inoculation. Culture du sang, négative.

Le deuxième meurt après 18 jours. Rien à la place de l'inoculation. Un peu de liquide dans le péritoine. Dégénérescence graisseuse des reins. Culture du sang, négative.

Le troisième meurt après 44 jours. Rien localement. Liquide dans le péritoine. Culture du sang, positive pour le staphylocoque. Le sérum sanguin a un pouvoir hémolytique.

Le quatrième meurt après 12 jours. Il avait reçu une seconde inoculation 4 jours avant sa mort. Rien localement. Culture du sang positive.

III. — On place du catgut, pendant 24 heures, dans un bouillon de culture de staphylocoque blanc. Puis, on l'a inoculé à deux cobayes, en faisant à chacun une poche sous-

cutanée. L'un reçut directement le catgut au sortir du bouillon, l'autre le reçut après lavages répétés dans l'eau stérile. Le premier mourut au bout de 5 jours avec un abcès local, contenant un débris de catgut, mais sans induration spéciale; le deuxième mourut au bout de 17 jours avec les mêmes manifestations.

IV. — On procéda de même avec deux lapins à qui on plaça sous la peau un peu de catgut imbibé de bouillon de culture de staphylocoque.

Le premier mourut au bout de 13 jours avec un abcès local où l'on retrouva un débris de catgut.

Le deuxième présenta, au bout de 27 jours, à la place de l'inoculation, un nodule circonscrit de la grosseur d'un pois, qu'on énucléa pour l'examen. Il était constitué par une agglomération de catgut encapsulé sans hyperplasie conjonctive notable.

OBSERVATION 65

GIULIANO (1). *Gazetta Ospedali*, 1905.

Greco Francesco, 39 ans, marchand de fruits de Catania, se présente, dans l'après-midi du 11 juillet 1903, à l'hôpital, pour une hernie inguinale gauche étranglée. Les antécédents héréditaires et personnels sont exempts de maladie infectieuse ou contagieuse. Notre patient eut, dès son enfance, une hernie inguinale droite, et, à huit ans, une hernie inguinale gauche. L'une et l'autre étaient toujours facilement réductibles, et il cherchait à les contenir avec un bandage herniaire. Il demande le secours de l'art parce que, depuis un jour la hernie gauche sortie ne peut être rentrée malgré les tentatives de taxis faites par le malade, malgré les cataplasmes et les bains de siège. L'état général n'est pas alarmant, cependant le malade vomit, de temps à autre, un peu d'aliments. Sous la narcose chloroformique, on fait la chélotomie et le Dr Ferlito, trouvant les viscères herniés en excellent état, fait la cure radicale à la Bassini. Les suites opératoires sont normales, on obtient la réunion par pre-

mière intention et le malade quitte l'hôpital le 31 du même mois, remettant à plus tard l'opération de l'autre hernie. Il rentre à l'hôpital et est opéré de celle-ci, le 20 janvier 1904, par le professeur Clementi. (Cure radicale a la Bassini.) Il trouve un sac énorme et mince, enveloppé dans une couche adipeuse et contenant une grosse masse d'épiploon. Comme celui-ci ne présente aucune adhérence, il est rentré dans la cavité. Triple plan de suture avec de la soie stérilisée par ébullition d'une heure dans une solution phéniquée à 5 0/0. On recouvre la plaie de gaze sèche et aseptique maintenue par un pansement amidonné. Le neuvième jour, selon l'usage de la clinique, on enlève le pansement : les bords de la plaie apparaissent bien réunis, les points de suture cutanés sont enlevés. Il n'y a aucune réaction superficielle ni profonde. On remet des compresses aseptiques maintenues par un pansement amidonné.

La température se maintient normale et, le 4 février, on juge opportun d'enlever le deuxième pansement parce que le malade se plaint de sensations de démangeaisons et de picotements dans la région opérée. On est surpris de trouver profondément une infiltration s'étendant environ à 6 centimètres au-dessus et au-dessous des bords de la plaie. Cette infiltration constitue une masse dure, ligneuse et occupe les plans sous-cutanés, qui font corps avec le plan musculo-aponévrotique. On pense qu'elle est due à un processus inflammatoire lent du tissu conjonctif, processus possédant les caractères essentiels du phlegmon ligneux. On applique des pansements chauds et humides et on oblige le malade au repos absolu au lit. Une légère élévation thermique vespérale pendant quelques jours fait penser à une collection purulente probable; en effet, le 10 février, quelques gouttes de pus et de liquide séreux jaillissent d'un point du milieu de la plaie. Ces sécrétions n'ont pu être examinées microscopiquement ni bactériologiquement. Un mois après environ, le malade est obligé de sortir de l'hôpital. Il s'écoule encore une très minime quantité de pus. En juillet, le malade revient à l'hôpital, la fistule s'est agrandie et l'on peut en sortir un long fil de soie de la suture profonde. La cavité se recouvre

ensuite de granulations et se guérit rapidement et complètement.

OBSERVATION 66

GIULIANO (2). *Gazetta degli Ospedali*, 1905.

Giuseppe Micciché, 25 ans, paysan du Mazzarino. Des antécédents héréditaires, il résulte que la mère et un frère sont hernieux. Antécédents personnels négatifs. Le malade a vu apparaître, un an auparavant, une hernie droite inguinale, qui a augmenté de volume progressivement, et qui est maintenant volumineuse, mais toujours réductible. Il entre à la clinique et est opéré, le 21 janvier 1905, par le professeur Clementi (cure radicale à la Bassini). Il est à noter que le contenu de la hernie est constitué par le cœcum et l'appendice, long d'environ 11 centimètres et adhérent au sac. On lie le sac, on l'excise et on fait un quadruple plan de suture, à points séparés, dans la profondeur et à la superficie, et en surget pour les plans moyens. On recouvre de compresses aseptiques maintenues par un pansement amidonné.

Les suites opératoires sont à peu près normales pendant les dix-huit premiers jours; le 5 février, la température est montée à 38°, puis redescendue après l'administration d'un purgatif. On enlève ensuite le pansement. La plaie s'est réunie par première intention, on voit une très légère infiltration à la partie inférieure de la plaie; mais le 12, celle-ci est presque disparue. Elle réapparaît le 18, plus intense, plus étendue et de consistance dure et ligneuse. Ces caractères augmentent et, le 22, elle s'étend à 4 centimètres au-dessus et au-dessous de la plaie et sur toute sa longueur. La température est restée normale sauf un jour où elle est montée à 39° 6.

Le 23 février, quelques gouttes de liquide séreux sortent d'un point soulevé de la cicatrice.

Avec le repos absolu et l'application quotidienne de compresses humides et chaudes, la tuméfaction décroît progres-

sivement, puis disparaît complètement et le malade sort de la clinique le 16 mars.

OBSERVATION 67

MULLER ET DESGOUTTES. *Lyon Médical*, 1907.

G... Pierre-Marie, âgé de 25 ans, entre, le 15 décembre 1905, salle Saint-Joseph, à l'Hôtel-Dieu.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu pour une tuméfaction diffuse de la moitié sous-ombilicale de la paroi abdominale.

Il a été opéré, quatre ans auparavant, dans un hôpital militaire, d'une hernie inguinale droite. La plaie suppura et ne fut guérie que deux mois après l'opération.

Un an après environ, le malade a commencé à souffrir de son ventre. Ces douleurs, sans grands caractères, ne s'accompagnaient ni de fièvre, ni de vomissements, ni de réaction péritonéale, ni de modification appréciable de l'état général.

Peu à peu, le malade vit se développer, dans la partie inférieure de la paroi abdominale une tuméfaction diffuse, dure, occupant la ligne médiane, s'étendant, de chaque côté, jusqu'aux fosses iliaques, allant du pubis, en bas, à l'ombilic, en haut.

Au bout d'un certain temps, il se produisit, au niveau de l'ombilic une petite ouverture qui se fistulisa et laissa s'échapper, quelque temps après, un fragment de fil.

Ce malade fit, à cette ocasion un nouveau séjour à l'hôpital militaire. On lui proposa une intervention qu'il refusa.

Il traîna ainsi plus de deux ans sa tuméfaction intestinale et sa fistule ombilicale sans en être incommodé, escomptant toujours une guérison spontanée.

Entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon en septembre 1905, on lui proposa de nouveau une intervention qu'il refusa encore.

Cependant, trois ans après le début de l'affection, de guerre lasse, désespérant d'être jamais débarrassé spontanément de son affection, il revient à l'Hôtel-Dieu et entre à Saint-Joseph, dans le service de M. Villard.

A ce moment, il présente au niveau de l'hypogastre, une

énorme tuméfaction infiltrant toute la moitié sous-ombilicale de la paroi abdominale, s'étendant latéralement jusqu'à deux travers de doigt des épines iliaques.

Cette tuméfaction est d'une dureté ligneuse. La paroi abdominale a perdu toute souplesse et présente une sorte de plastron qui bombe fortement en avant et qui la transforme en un bloc rigide.

La peau présente un léger empâtement œdémateux qui la rend plus ou moins solidaire de la masse indurée sous-jacente. Elle est d'une teinte rose, violacée.

Au niveau de la cicatrice ombilicale, se trouve une petite fistule par laquelle s'échappent quelques gouttes de sérosité purulente. Une sonde cannelée introduite par la fistule s'enfonce profondément dans la masse indurée du côté du pubis.

Au toucher rectal, on sent la masse qui bombe en arrière du pubis dans le petit bassin en refoulant en bas la vessie, la prostate et les vésicules séminales.

Aucune altération de l'état général. Pas de température, pas de douleur.

Intervention le 18 décembre 1905.

Incision médiane sous-ombilicale de l'ombilic au pubis. On fend ainsi une paroi épaisse d'au moins quatre travers de doigt, lardacée, criant sous le couteau, d'apparence sarcomateuse. Cette section s'accompagne d'une abondante hémorragie. On arrive dans la profondeur sur une cavité anfractueuse, allongée dans le sens de la hauteur, plongeant en bas dans le petit bassin, derrière la symphyse pubienne. Il sort de cette cavité du pus grumeleux mais en petite quantité. On y place un gros drain et on tamponne à la gaze pour arrêter l'hémorragie assez abondante.

Les suites furent des plus simples.

La guérison s'obtint en quelques semaines par disparition progressive de l'induration sans qu'il se soit écoulé beaucoup de pus.

OBSERVATION 68

CAPASSO. *Riforma medica,* 1909.

G. D..., 48 ans, menuisier à Naples, non syphilitique. Il se

présente à l'hôpital des Incurables le soir du 29 octobre 1906, avec une hernie inguinale droite étranglée. Il est reçu dans la deuxième salle de chirurgie dirigée par le professeur Ferraioli. Après application locale de glace, la hernie se réduit, mais, malgré cela, le malade insiste pour être opéré, et, cinq jours après je lui fais la cure radicale à la Bassini. Les sutures profondes, la ligature du sac et l'hémostase sont faites au catgut, la suture cutanée à la soie stérile.

Suites opératoires excellentes. Le troisième jour, un degré de fièvre qui disparaît après l'administration d'un abondant purgatif à l'huile de ricin.

Le malade sort guéri de l'hôpital le 13 novembre pour reprendre ses occupations.

Il revient me trouver le 27 décembre parce qu'il a remarqué une douleur et une grosseur (comme il dit) dans la région de l'opération, au point que les mouvements de flexion de la cuisse sont très limités.

On voit, en effet, une tuméfaction étendue, peu soulevée à sa surface, avec une peau de couleur rouge foncé. Sa consistance est très dure, elle fait corps avec les tissus sous-jacents, elle n'a pas de contours précis. Elle va, en haut, presque jusqu'à l'ombilic et se perd, en bas, sur la racine de la cuisse.

Je conseille d'abord le repos au lit, chez lui, et les applications humides et chaudes. Mais comme la tuméfaction n'a aucune tendance à diminuer et augmenterait plutôt (combien lentement), le malade est ramené à l'hôpital.

En continuant le traitement primitif, les faits demeurent stationnaires. La fièvre atteint un maximum de 7 dixièmes le soir, mais, localement, l'inflammation ligneuse ne tend nullement à se ramollir ou à se résoudre de façon quelconque. Elle demeure comme une immense plaque fixée sur le quart inférieur droit de l'abdomen et sur la région inguinale.

Pendant que se montrent ces manifestations locales, on ne remarque pas de troubles généraux impressionnants, la fièvre est légère et manque parfois, aussi ne croit-on pas nécessaire de procéder à une intervention quelconque, qui, du reste,

serait problématique étant donnée l'extension de la zone enflammée.

Par le repos et les applications humides et chaudes, les phénomènes locaux vont très lentement en diminuant sans tendre aucunement à la formation de foyers de suppuration. Le malade quitte l'hôpital le 7 février en voie de guérison. Je l'ai revu trois mois après, mais la tuméfaction ligneuse n'était pas complètement disparue. Je lui conseillai alors une cure de bains thermo-minéraux qu'il fit à Bagnoles. En octobre, il subsistait encore une légère induration profonde au niveau de la région de la cicatrice opératoire.

OBSERVATIONS DISCUTABLES

OBSERVATION 69

MARTINOFF (2). *Kirurgia*, 1901.

S. V..., cultivateur, 23 ans, est entré le 24 février 1900 se plaignant d'une tuméfaction du cou avec douleur constante et impossibilité de plier le cou. Le malade est ouvrier dans une manufacture d'étoffes. Il n'est pas marié. Il boit modérément de l'eau-de-vie. Son père et sa mère sont vivants et bien portants aussi bien que trois frères et deux sœurs. Il n'y a pas de signe de syphilis acquise ou héréditaire. Il ne se rappelle aucune maladie du jeune âge. Il y a 13 ans, apparut un écoulement de l'oreille gauche qui ne cessa pas depuis. En automne 1898, le malade remarqua une tuméfaction de la nuque surtout marquée latéralement. Elle atteignit jusqu'aux apophyses mastoïdes. En même temps, le cou commençait à suer très fortement. Il n'y avait probablement pas de fièvre Ensuite la tuméfaction se répandit progressivement, en bas, sur le dos, sur les côtés et en avant. Pendant un an, cette tuméfaction n'inquiéta pas le malade parce qu'elle n'était pas douloureuse et ne gênait pas les mouvements.

Pendant l'hiver 1899-1900, il apparut un état fébrile : sécheresse de la bouche, soif, anorexie et sensation de chaleur de temps à autre. Les mouvements du cou étaient devenus difficiles par l'extension de la tumeur. Dernièrement, apparut une certaine difficulté de la déglutition. Au moment de l'entrée à la clinique on a trouvé :

S. V... est de taille moyenne, bien bâti, un peu maigre et pâle. Sur la peau de la nuque et du dos on voit de l'acné vulgaire. La musculature est faible. La température du soir est de 37° 7. L'appétit est un peu diminué, mais il n'y a pas de troubles dyspeptiques. Il n'y a pas de troubles intestinaux.

Du côté des poumons, il n'y a que de la diminution du murmure vésiculaire. Pas d'hypertrophie du cœur. Les bruits du cœur sont un peu sourds. Les ganglions du creux de l'aisselle sont augmentés. Le foie et la rate ne sont pas augmentés. L'urine est normale. Du côté du système nerveux, il y a une certaine dépression, le sommeil est mauvais. Dans l'ensemble, le cou est très tuméfié et paraît plus large que la tête. La circonférence du cou, au niveau de la septième vertèbre cervicale, est de 47 cm. 1/2. En avant, la tumeur forme un double menton qui se prolonge loin de chaque côté. A première vue, la région de la nuque a l'aspect d'un anthrax. Il n'y a plus de dépression médiane normale. La tuméfaction considérable a effacé tous les replis musculaires. La tumeur commence, en haut, à peu près à la ligne semi-circulaire; atteint, en bas, la région supérieure du dos où elle se perd au niveau de l'épine de l'omoplate; à droite, elle est plus prononcée et il semble que le muscle soit plus haut à droite qu'à gauche. La coloration de la peau de la nuque est un peu modifiée, elle est bleue violacée. Elle est semée par places d'acné vulgaire. A la palpation, on peut constater, en arrière, que la tuméfaction est très dure si bien qu'on peut la comparer à celle du cancer le plus dur et peut-être encore plus. La peau est immobile. La palpation est douloureuse. La consistance dure s'étend en avant jusqu'au bord antérieur des muscles sterno-mastoïdiens mais la tuméfaction qui forme le double menton entre les deux sterno-mastoïdiens est tout à fait molle, se laisse palper et donne l'impression d'une enflure du tissu conjonctif, qui d'ailleurs ne donne pas le godet. Les mouvements de la tête et du cou sont très limités. Quand le malade veut tourner la tête à droite ou à gauche il tourne tout le corps. L'inclinaison de la tête en avant, en arrière, ou de côté, est tout à fait impossible. Le malade a de la peine à se coucher parce que dans l'inclinaison du corps la tête reste suspendue et, pour

éviter la douleur, il soutient la tête dans ses mains. L'ouverture de la bouche est un peu limitée. La déglutition est légèrement difficile. Il y a un écoulement de l'oreille gauche. Le tympan est perforé.

Nous étions donc en présence d'une lésion particulière du tissu conjonctif commençant par la couche sous-cutanée et passant ensuite dans la profondeur du cou jusqu'au tissu cellulaire qui entoure les organes placés sous la deuxième aponévrose cervicale. Il fallait laisser de côté l'idée d'une néoformation sarcomateuse et encore plus celle d'un cancer, tous les symptômes plaidaient contre. Il ne restait qu'à admettre l'idée d'une tumeur inflammatoire. L'absence de limites tranchées et l'élévation de la température ne permettèrent pas de l'affirmer mais ne plaidaient pas contre cette idée. Dans ce cas, nous avions affaire à l'affection décrite par Reclus sous le nom de phlegmon ligneux. On a prescrit au malade des stimulants, et localement des compresses chaudes et des lavages de l'oreille. La température restait élevée, la tuméfaction ne diminuait pas visiblement, la gêne de la déglutition augmentait même. Après 12 jours d'observation on a proposé au malade de l'opérer.

On a fait trois incisions, sous anesthésie chloroformique, la première et la deuxième symétriques, passant en dehors de la bosse occipitale et dirigées, en bas et en dehors, vers l'omoplate sur une longueur de 12 centimètres. La troisième incision fut faite à droite, dans la direction du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Tous les tissus conjonctifs de la couche sous-cutanée et intermusculaires etaient remplacés par du tissu dur comme le bois, plus dur que le squirrhe le plus dur. Le tissu criait sous le couteau, et, pendant l'incision, on ne pouvait l'écarter assez pour voir le fond de la plaie. Aucune veine ne saignait mais les capillaires et les artérioles saignaient beaucoup. Les muscles, comprimés par le tissu néoformé, avaient perdu leur coloration normale et apparaissaient d'un jaune rougeâtre. La première et la deuxième insision intéressaient toutes les couches des muscles de la nuque et arrivaient au-dessous sur un tissu conjonctif plus mou. La troisième allait jusqu'à la deuxième aponévrose. En aucun

endroit, on ne trouvait de foyer de ramollissement ou de suppuration. Les plaies opératoires furent bourrées de gaze stérile.

Les incisions n'influèrent pas sur la courbe de la température, mais le malade se sentit mieux quelque temps après. Les mouvements du cou étaient devenus un peu plus libres, la respiration s'améliorait. Les plaies laissaient couler un liquide séreux et se couvraient vite de granulations bourgeonnantes. Pendant que les plaies se refermaient (malgré le tamponnement), le malade allait de nouveau plus mal. La respiration était redevenue un peu difficile le 19 mars. L'augmentation des sécrétions bronchiques faisait souffrir le malade parce que la toux était difficile et douloureuse. Le pouls commençait à s'accélérer, il atteignait 120 à la minute. Vers le 21 mars, les plaies se sont cicatrisées. Le 22 mars, on a fait deux incisions le long du bord antérieur des sterno-mastoïdiens. Les incisions anciennes furent rouvertes. Il y eut de nouveau une petite amélioration et les plaies donnèrent encore issue à un liquide séreux. En général, l'évolution fut la même que lors de la première opération. Après une courte amélioration, on vit apparaître une cachexie marquée. Le malade perdait ses forces chaque jour et, en même temps, la difficulté de respiration et de déglutition augmentait. Le malade avait peine à avaler les liquides.

A l'examen laryngoscopique, on vit une enflure particulière de l'épiglotte et des cordes vocales, mais l'orifice qui les sépare était assez large. Malgré cela, le malade avait toujours la face légèrement cyanosée. Il y avait aussi de la cyanose du corps et des membres. Peu à peu, l'enflure s'étendit sur la face antérieure du cou, l'infiltration dure gagnait en avant et en arrière. Le menton se rapprochait du sternum, et il y avait là une infiltration dure de la ligne antérieure.

La trachéotomie parut techniquement impossible et il était évident qu'elle donnerait peu de résultat car la gêne était plus dans la circulation veineuse que dans la respiration. Le 10 avril, on a fait une incision à la partie antérieure du cou autant que le permettait l'attitude du malade qui avait la tête penchée en avant. Il en résulte peu d'amélioration.

Les forces continuèrent à diminuer, le pouls monta à 140; le 14 avril, la conscience commençait à s'obscurcir, et, le 17, le malade est mort subitement.

L'autopsie, faite par le privat docent N. M. Berestevieff, a donné les résultats suivants :

Au niveau du cou et de la partie supérieure du dos, la peau adhère au tissu cellulaire sous-cutané, elle est dure comme le bois, augmentée de 10 ou 20 fois son épaisseur, elle se coupe avec peine, et la coupe a l'aspect lardacé. Cette modification, partie de la couche sous-cutanée, s'étend à tous les tissus du cou jusqu'à la colonne vertébrale. Les veines superficielles manquent, les jugulaires antérieures sont retrécies par place jusqu'à 2 ou 3 millimètres de diamètre à la coupe. Les tissus qui se trouvent à l'entrée du larynx sont enflés et épaissis.

On trouve encore de l'emphysème pulmonaire et bronchique, de la dégénérescence parenchymateuse du foie. Il y a une légère tuméfaction de la rate, les reins sont congestionnés. Le cerveau et ses méninges sont œdématiés. Il y a de l'otite chronique granuleuse.

L'examen microscopique a donné des résultats intéressants. Sur toutes les coupes, le tissu fibreux dominait, tantôt compact, tantôt plus disséminé. Il y avait partout une infiltration de petites cellules plus ou moins accentuée avec, par places, de petits foyers séparés. Dans les endroits où le tissu était moins dense, on trouvait, avec les petites cellules, des cellules granuleuses à différents stades de leur développement et irrégulièrement disséminées. Par places, elles formaient de petits amas mais n'avaient pas de disposition alvéolaire caractéristique.

OBSERVATION 70

RAFIN, *in Roure* (5). Thèse de Lyon, 1907-08.

Bakari Louis, né à Saint-Louis (Sénégal). Le malade dit entrer pour une tumeur de la région antéro-latérale gauche du cou (3 mars 1902).

Antécédents héréditaires ou consanguins. — Négatifs. Ascendants et collatéraux en bonne santé habituelle.

Antécédents personnels. — Bonne santé jusqu'à ces derniers temps. Le malade, né au Soudan, y a habité jusqu'à 11 ans. A cette époque, il est venu en France et n'est jamais retourné dans son pays.

Pendant son séjour au Soudan, il affirme n'avoir jamais eu de maladie inhérente au climat.

Depuis son séjour en France, il aurait eu deux bronchites assez graves, la première il y a cinq ans, la deuxième il y a deux ans. Il affirme n'avoir jamais craché de sang.

Affection actuelle. — Remonte au mois de janvier, a débuté sans cause bien appréciable. Le malade croit avoir fait des efforts à la suite desquels serait apparue une tumeur à la base du cou et du côté gauche.

D'abord insidieuse, la tumeur grossit peu à peu. Elle est, du reste, toujours restée indolore.

Actuellement, c'est une masse du volume d'une petite orange, elle est très dure et très résistante. La peau est mobile sur la tumeur. Il est difficile d'apprécier la mobilité de la tumeur sur les plans profonds.

Poumon. La respiration est un peu soufflante, surtout à droite.

11 mars. — Intervention. Anesthésie au Billroth. Incision au niveau de la tumeur.

La tumeur mise en partie à découvert est ponctionnée. On en retire une certaine quantié de pus. L'abcès est bien vidé, puis on place dans la cavité une mèche de gaze iodoformée: on se demande si on a affaire à un abcès chaud, à de la tuberculose, ou à un kyste suppuré. Un fragment de la coque de l'abcès est pris pour examen histologique.

29 avril 1903. — La plaie opératoire n'a jamais été complètement cicatrisée. Il persiste une petite fistule. Depuis un mois, gonflement de la région massétérine droite; on y constate un peu de fluctuation.

Dans la région poplitée droite, on constate une tuméfaction considérable, dure, qui existe depuis juin 1902, et qui s'est fistulisée depuis le mois d'août.

Rien dans l'articulation du genou.

29 mai. — Ponction de l'abcès de la région massétérine. On en retire quelques grammes de pus.

28 avril 1904. — L'abcès de la joue droite est séché; la tuméfaction a diminué de volume et disparu presque entièrement. Le creux poplié droit est occupé par une énorme masse dure, avec deux fistules qui laissent suinter un peu de pus de temps ne temps.

Examen histologique. — L'examen histologique de la paroi de l'abcès du cou a été pratiqué par M. Mérieux. Cette paroi est constituée par du tissu fibreux avec quelques points où on peut noter un peu d'infiltration inflammatoire. On n'a pas trouver de revêtement épithélial à la surface de cette paroi.

Aucune trace de tuberculose.

OBSERVATION 71

BRAAT. *Nederlandsch Tijdschrift,* 1908.

Il s'agit d'une jeune fille de dix ans qui entre chez les diaconesses avec une assez forte douleur du cou. Cela a commencé, il y a deux mois, par un léger mal de gorge et une grosseur le long de la mâchoire, ensuite, il y a eu de l'enrouement et depuis deux semaines il s'est formé une grosseur devant le larynx. Il n'y a pas de dysphagie. La malade est pâle et fort maigre, elle porte au visage des taches d'érythème simple. Devant le larynx, on voit un gonflement, dur, indolent, non fluctuant, parfaitement limité, sous la mâchoire existe un deuxième gonflement de la grosseur d'un haricot.

La bouche et le pharynx sont normaux. La moitié gauche du larynx est gonflée, modérément rouge, indolente, difficile à atteindre avec la sonde, le sinus pyriforme est déplacé. La fausse corde vocale gauche présente, auprès du processus vocalis, une place gris-jaunâtre suppurante. La température est normale, le caractère enjoué. Trois ponctions tentées dans le sinus pyriforme ne donnent aucun résultat. Quelques

jours après, l'enflure de la gorge diminue; deux taches jaunes transparaissent à droite dont on retire, par incision, un peu de pus épais qui renferme des strepto et des staphylocoques, mais pas de spores d'actinomycose. La tumeur diminue ensuite et disparaît en six semaines. La guérison est presque complète en deux mois et l'enfant sort de l'établissement.

OBSERVATION 72

BRAAT (3). *Nederlandsch Tijdschrift*, 1908.

Il s'agit d'un homme de 49 ans, qui présente une grosseur à la gorge et de la dysphagie, 4 mois après une angine.

Il s'est produit un gonflement du côté droit du cou augmentant lentement de dimensions et de dureté. En même temps, la moitié droite de la langue grossissait. Dans les dernières semaines apparurent de la dysphagie et de l'amaigrissement.

Il n'y a pas de douleur ni de fièvre. A droite, le long du sterno-cléido-mastoïdien, il y a une tumeur de 10 cm. de large, dure, indolente, mais en ce qui concerne la mobilité de la tête, le muscle n'est pas atteint.

Sous la peau on trouve une enflure de la grosseur d'un œuf de poule et une autre plus petite, à gauche du cou. La moitié droite de la langue est presque doublée, indurée, mobile, indolente.

La déglutition est extrêmement difficile. La partie droite du pharynx est gonflée et dure, de même que la partie droite du bord de l'épiglotte.

OBSERVATION 73

CAPASSO (3). *Riforma medica*, 1909.

Le 10 septembre 1907, je fus appelé à C..., pays de la province de Salerne, pour voir un prêtre, M. A. M..., atteint d'affection chirurgicale.

Les parents et le médecin traitant me racontèrent que, vers le 22 ou 23 août, le malade avait remarqué une légère induration à la région cervicale, qui, ne donnant aucune douleur, était passée presque inaperçue les premiers jours de son développement.

Comme ils pensaient qu'il s'agissait d'un furoncle, ils appliquèrent des cataplasmes qui furent parfaitement inutiles, et la tuméfaction prit progressivement des proportions inquiétantes.

C'est dans ces conditions, presque un mois après le début de l'affection, que je vis le malade.

Toute la région cervicale et latérale gauche du cou étaient le siège d'une inflammation considérable. La peau était de coloration rouge vineuse, lisse, enflée. A la palpation, on trouve une masse indurée, d'une consistance de pierre, uniforme, ayant son centre à la région sous-occipitale, et se perdant vers la région latérale gauche du cou.

Les glandes latéro-cervicales ne peuvent être palpées sous la masse indurée qui forme une espèce de cuirasse sur la nuque du pauvre malade.

Cependant la fièvre était légère et n'atteignait pas 38° le soir.

Je fis le diagnostic de phlegmon plutôt que celui de favus parce que l'induration, comprimant et aplatissant les tissus sous-jacents, commençait à être douloureuse. Comme la famille alarmée réclamait un remède rapide, je fis deux larges incisions à la région cervicale au point d'induration maxima. Je tombai sur une masse très résistante de tissus lardacés sans aucune tendance à la suppuration.

L'incision ne donna pas le résultat espéré. Il n'y eut pas de véritable suppuration et la tuméfaction continua à s'étendre. J'intervins une deuxième et une troisième fois, approfondissant les incisions, mais sans résultat satisfaisant. Je trouvai cette fois des tissus à consistance de chiffons.

Les choses restèrent encore en cet état pendant plus d'un mois, sans donner de phénomènes généraux, avec une fièvre légère et un esprit lucide.

Un certain temps après, le phlegmon ligneux continuant à

s'étendre latéralement, je remarquai des phénomènes de compression, des troubles de l'innervation, et de l'incontinence d'urine consciente.

Les incisions donnèrent lieu à une très minime suppuration. Le malade mourut sans phénomènes de grave infection générale, et présentant à la région malade les mêmes signes de dureté ligneuse que l'on avait observés au début.

Il n'avait souffert auparavant ni d'arthritisme, ni de syphilis. L'examen des urines fait de façon répétée avait donné des résultats négatifs.

OBSERVATION 74

FICHTNER (3). *Münchener med. Woch.*, 1905.

G..., 21 ans, fantassin. Homme robuste. Il est admis à l'hôpital le 29 mai 1899 pour un érésypèle étendu de la région nasale. La température est à 39°8. Les jours suivants, elle redevient normale, l'érésypèle ne progresse plus et bientôt disparaît. Il y a une excoriation à l'orifice nasal gauche. Le 9 juin, pendant la nuit, il s'est formé de chaque côté du cou sous les oreilles, une tumeur d'une grosseur d'une pièce de 5 marks à droite et de 3 marks à gauche. Il n'y a pas d'élévation thermique. Le malade se sent bien.

Le 11 juin, les deux tumeurs s'améliorent, le malade se sent bien.

Le 14 juin, la tumeur droite a augmenté, la gauche a diminué.

Le 16 juin, à la palpation on pouvait sentir deux tumeurs de la grosseur d'une fève.

Le 19 juin, la tumeur régresse à droite, et, le 21, disparaît complètement.

G... reste encore en traitement pour son nez jusqu'au 1er juillet et part guéri.

La durée de ces tumeurs ganglionnaires avait été de 14 jours.

OBSERVATION 75

FICHTNER (4). *Münchener med. Woch.*, 1905.

Catherine F..., 4 ans. Dans ses premières années, elle eut de la dyspepsie et à part cela elle est bien portante. C'est un enfant de force et constitution moyennes.

Le matin du 6 septembre 1904, en la lavant, on remarque une tumeur à l'angle inférieur de la mâchoire gauche, tumeur dure comme le bois, tout à fait indolore. L'état général est bon. L'enfant joue comme auparavant. Je ne vois l'enfant que quelques jours après. Au-dessous de l'oreille gauche, entre l'angle de la mâchoire et le sterno-mastoïdien, se trouve une tumeur indolore de la grosseur d'une pomme. On peut voir des ganglions séparés avec des bords peu nets. La peau est normale et mobile. A droite, les ganglions lymphatiques sont augmentés, les amygdales sont grosses mais non enflammées. Comme j'avais été absent quelques jours, la température n'avait pas été prise, mais il est possible qu'elle soit restée normale. La tumeur change d'abord fréquemment de grosseur, puis elle reste stationnaire et enfin régresse lentement.

Après 4 semaines, il ne reste que des ganglions de la grosseur d'une cerise qui disparaissent enfin dans le courant d'octobre. L'état général est toujours bon. Le 21 octobre, l'enfant avait de la fièvre et une otite moyenne gauche qui s'est guérie sans déchirure tympanique. Il n'y avait probablement pas de rapport entre ces deux affections. Durée de la maladie : presque deux mois.

OBSERVATION 76

FICHTNER (5). *Münch. med. Woch.*, 1905.

Gérard B..., 2 ans 3/4. Etant petit a eu pendant quelques mois un catarrhe intestinal. Par ailleurs il est bien portant. Au milieu de novembre 1904, l'appétit diminue. Le 20 novem-

bre, la mère remarque que les ganglions du cou, surtout à gauche, sont très tuméfiés mais non douloureux. Le 23 au matin, l'articulation du genou gauche est tuméfiée et douloureuse. L'enfant s'est senti fiévreux pendant l'après-midi et le soir la fièvre diminue.

Etat. 24 novembre. — L'enfant est fort, bien nourri, gaiement assis sur son lit. Sous l'oreille gauche, il y a un paquet ganglionnaire gros comme un poing d'enfant qui a environ 8 cm. de long et 5 de large, qui occupe toute la partie située entre l'angle de la mâchoire et le bord postérieur du sterno-mastoïdien. Les ganglions sont très durs et indolores. On peut les sentir séparément, quoique leurs limites soient peu nettes. La peau est normale et mobile. Les ganglions droits sont aussi tuméfiés, mais beaucoup moins, au plus de la grosseur d'une fève.

Le genou gauche est légèrement tuméfié et sensible, la peau n'est pas rouge. La tuméfaction et la douleur vont mieux depuis hier. Toutes les autres articulations sont libres. La langue est un peu chargée. Le palais est normal. Il n'y a pas d'augmentation de la rate. La température est normale le matin, le soir à 39°.

25 novembre. — Température matin 36°6, soir 39°. L'enfant est gai. Le genou est un peu tuméfié et indolore. Il n'y a pas de changement des ganglions.

26 novembre. — L'enfant est très gai. L'articulation n'est plus tuméfiée. Pas de changement des ganglions. Un peu de diarrhée. L'ensemencement du produit de raclage du pharynx donne du staphylocoque doré et rien de plus (sérum de Lôffler).

29 novembre. — L'enfant est gai. L'articulation est normale. Les ganglions sont tels, durs et tout à fait indolores. Depuis ce temps la température est toujours entre 38° et 39° le soir et normale le matin. L'appétit est bon.

4 décembre. — Ces jours derniers, on a encore remarqué une élévation vespérale de la température jusqu'à 38°4. L'enfant se sent bien. A l'examen, il n'y a pas de changement.

6 décembre. — Les ganglions sont un peu plus mous et

plus petits. Les selles sont normales. Par ailleurs état stationnaire, enfant gai.

10 décembre. — Depuis quelques jours il n'y a plus de fièvre. Les ganglions diminuent visiblement. L'état général est bon.

23 décembre. — Les ganglions sont gros comme des fèves.

Au 7 janvier 1905, on sent encore des ganglions de la grosseur d'un pois.

La maladie a duré deux mois.

OBSERVATION 77

M. Duplay. *Bulletin médical* 1897, n° 1. *In th. Saussié.*

Le 25 novembre 1896, entrait à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, un homme de 33 ans qui a toujours été bien portant. Il racontait que, trois semaines auparavant, il avait été pris, sans cause connue, d'une douleur à la région ombilicale. Le malade examina alors son nombril et remarqua que cette région était gonflée; quelques jours plus tard, la peau, en cet endroit, devenait rouge, et bientôt présentait un fin pertuis par lequel s'écoulait un liquide purulent. Huit jours après, le malade entrait à l'hôpital. Voici ce que nous constatâmes :

La région ombilicale était tuméfiée. La cicatrice où se voyait une fistule donnant issue à un écoulement purulent, présentait une rougeur inflammatoire; cette rougeur était bien limitée à la cicatrice, et ne s'étendait nullement à son pourtour, sur lequel, tout au contraire, la peau offrait des caractères normaux de coloration et de souplesse. En cette région, on sentait à la palpation un empâtement profond d'une dureté presque ligneuse, au-dessus duquel la peau glissait lentement. Cette tuméfaction offrait la largeur de la paume de la main. L'état général du malade était bon et n'avait cessé de l'être, depuis le début de cette affection locale, si ce n'est une légère perte d'appétit qu'il avait ressentie.

Je dois vous rappeler la confusion possible de cette affection avec une tumeur cancéreuse enflammée de l'ombilic.

En introduisant un stylet par l'orifice que présentait la cicatrice ombilicale, et en pratiquant le cathétérisme du trajet fistuleux, on constatait que l'instrument se dirigeait obliquement en bas, en arrière et du côté gauche; s'enfonçait à une profondeur d'environ 3 centimètres et pénétrait dans une cavité étroite qui devait être le siège de la collection purulente. Cette cavité semblait située derrière le muscle grand droit.

M. Demoulin, par qui le malade nous avait été adressé, a pratiqué sur celui-ci, le lendemain même de son entrée à l'hôpital, une opération à la fois curative et exploratrice. Il a fait, immédiatement au-dessous de l'ombilic, une incision de 5 cm. environ de longueur sur la ligne médiane, incisant couche par couche, avec un soin tel que cette opération fut une véritable autopsie sur le vivant, et qu'elle nous permit de reconnaître exactement les limites du phlegmon. Il n'y avait aucune trace d'inflammation dans le tissu cellulaire sous-cutané. La ligne blanche était légèrement épaissie. M. Demoulin incisa la gaine d'un des muscles droits et constata que sa loge était indemne. Derrière elle, il arriva dans une cavité remplie de pus. Celle-ci fut évacuée, puis les parois en furent grattées au moyen d'une curette de petites dimensions. M. Demoulin découvrit dans la cavité un corps de la grosseur d'un noyau de cerise qui offrait l'aspect d'un kyste sébacé. On a reconnu que ce corps était effectivement constitué par du sébum, mais qu'il ne présentait pas de membrane d'enveloppe.

Il s'agissait donc, en définitive, d'un abcès consécutif à la pénétration d'un calcul de l'ombilic dans le tissu cellulaire profond de cette région, ou à l'inflammation d'un kyste sébacé dont on retrouvait le contenu.

OBSERVATION 78

M. Reclus. *Cinquième Congrès français de Chirurgie*, 1891. (*In thèse Saussié*)

Une femme de 40 ans entre dans notre service de Brous-

sais, pour une tuméfaction située à gauche et un peu au-dessous de l'ombilic. Elle était rouge, chaude, douloureuse, fluctuante à son centre, et il s'agissait évidemment d'une collection purulente. Au premier abord, je la croyais dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais le foyer devenait immobile et fixé dès que le droit antérieur se contractait. L'abcès s'était développé dans le muscle. Les abcès des muscles ne sont pas fréquents, et nous en cherchions l'étiologie formelle lorsque la malade nous apprit que, trois mois auparavant, au cours d'une bronchite, et pendant un accès de toux, elle avait éprouvé une douleur subite, et une tumeur molle, puis presque ligneuse, s'était formée au point où existe maintenant l'abcès. Quelques fibres musculaires du droit antérieur s'étaient alors rompues, quelques vaisseaux s'étaient déchirés, et le sang amassé avait constitué un hématome.

Comment cet hématome, longtemps indolent et bien toléré par les tissus, s'était-il enflammé tout d'un coup? Un interrogatoire plus précis nous apprit que, quelques semaines auparavant, une rougeur était apparue sur l'aile du nez avec tension, cuisson, douleur, œdème des paupières, fièvre assez vive. Cet érésypèle, d'ailleurs sans gravité, s'éteignit en moins de sept jours. Mais, à partir de ce moment, la tumeur péri-ombilicale était devenue le siège de souffrances sourdes, de battements. Elle avait grossi et prenait, en définitive, toutes les allures d'un abcès chaud. Désormais, il nous était facile d'établir la pathogénie de cette collection purulente. Les microbes pathogènes avaient passé des vaisseaux sanguins dans l'hématome, où ils avaient trouvé un bon terrain de culture; ils avaient pullulé à leur aise, et engendré l'abcès intra-musculaire dont la genèse, au premier abord, nous paraissait obscure.

Le pus, examiné au laboratoire de Broussais et à l'Institut Pasteur, contenait des streptocoques en abondance.

OBSERVATION 79

Dolbeau. (*In thèse Saussié.*)

Il s'agit d'un homme couché au n° 37 de la salle Saint-

Côme, âgé de 31 ans, grand, fort, bien constitué. Cet homme n'accuse pas de maladies antérieures; pas de syphilis.

Il y a trois mois, il eut une fièvre typhoïde parfaitement caractérisée et qui a présenté cette particularité qu'il a eu plusieurs éruptions successives de taches lenticulaires. La maladie a été grave : pendant sa durée, le patient s'est plaint souvent d'une douleur dans le bas-ventre; on a négligé un peu ce symptôme, car il est habituel de voir les malades atteints de fièvre typhoïde se plaindre de douleurs abdominales. Plus tard, à l'approche de la convalescence, le malade a pu préciser ses souffrances. Il a attiré l'attention sur un point, toujours le même, à la partie sus-pubienne de l'abdomen. A cette époque, on a trouvé, au-dessus du pubis, une tumeur globuleuse et médiane, faisant peu de relief, mais donnant, surtout à la palpation, l'idée d'un corps arrondi.

Cette tumeur fut prise un instant pour la vessie distendue par l'urine. Le cathétérisme fit raison de cette hypothèse. Il est probable que la tumeur existe maintenant depuis six ou sept semaines. Suivant le malade, la chose aurait débuté brusquement; une douleur vive, aiguë serait apparue au moment où il essayait de se mettre péniblement sur son séant. A ces douleurs originelles a succédé un calme relatif. A la période aiguë, caractérisée par des douleurs vives, apparaissant surtout à l'occasion de certains mouvements, a succédé une période chronique, s'annonçant par la présence d'une douleur circonscrite au bas-ventre; douleur à la pression, mais peu sensible pendant le décubitus dorsal.

Aujourd'hui, cet homme est sans fièvre, se plaint du bas-ventre et encore dans des limites très restreintes. Si l'on examine l'abdomen, on lui trouve une forme à peu près normale, sauf une légère tuméfaction de la région sus-pubienne.

La palpation, bien plus que la vue, démontre l'existence d'une tuméfaction. La tumeur est médiane, mais occupe de préférence la partie latérale gauche de la ligne blanche. Elle commence à deux travers de doigt au-dessus du pubis, et s'arrête en haut à trois travers de doigt de l'ombilic.

A peu près au milieu de l'abdomen, elle dépasse la ligne

médiane, a droite, d'un travers de doigt, à gauche, de quatre travers de doigt. Plus volumineuse qu'une demi-orange, elle fait un relief peu sensible à la surface de l'abdomen. On peut difficilement la saisir dans la main; sa consistance générale est ferme. Elle est uniformément globuleuse, excepté du côté droit où elle présente des indurations irrégulières. Les téguments ont conservé à son niveau leur coloration et leur souplesse normales.

La palpation ne permet pas de donner des limites précises à la tumeur; elle est mobile, on peut la déplacer. Pas de prolongement du côté du ventre. Si on fait contracter les muscles droits, la tumeur, loin de disparaître, fait une saillie plus considérable, et sa mobilité latérale diminue très notablement.

Incision : issue de quelques cuillerées de pus. Guérison au bout d'une semaine.

OBSERVATION 80

Descroizilles. *Gazette des Hôp.*, 1892, p. 933 (*In th. Saussié*).

La nommée P. L., âgée de 6 ans, se présente à la consultation de M. Descroizilles, aux Enfants-Malades, le 21 novembre 1891. Elle vient consulter pour des douleurs vagues ressenties dans le flanc droit avec irradiations dans tout l'abdomen.

L'enfant avait été très fatiguée le 14 juillet 1891; peut-être est-elle tombée; peut-être, en jouant, a-t-elle reçu un coup.

Deux jours après, le 16 juillet, douleurs abdominales qui durent 24 heures. Dans les premiers jours de septembre, réapparition de douleurs pendant 48 heures. Au commencement de novembre, nouvelles douleurs avec vomissements. C'est alors que la malade entre à l'hôpital.

La paroi abdominale présente une tumeur lobée s'étendant de l'ombilic, qu'elle dépasse très légèrement en haut et à gauche, jusque dans la partie moyenne du flanc droit.

La palpation fait sentir une intumescence rénitente, non

fluctuante, sans aucun rapport avec la région hépatique. Ferme et mobile, la tumeur semble rouler sur la masse intestinale. Si, avec une main à la région ombilicale, et l'autre à la région lombaire, on exerce quelques pressions, on a comme la sensation d'un corps dur, profond, qui vient choquer la première main. On dirait un gâteau d'anses intestinales avec induration prononcée, surtout autour de l'ombilic. Pas d'inflammation ni d'empâtement.

Le 25 novembre, on constate autour de l'ombilic une petite région (large comme une pièce de deux francs) rouge, plus douloureuse, empâtée, fluctuante. Le 26, ponction exploratrice par laquelle on ramène du pus. Le 28, incision avec issue de pus grumeleux et fétide.

En injectant la cavité, on voit que les téguments se boursouflent et que le liquide distend une poche formée, en arrière par les muscles abdominaux, et en avant par la peau. La poche s'affaisse quand le liquide sort.

Guérison en un mois.

CONCLUSIONS

1° Sous le nom de phlegmon ligneux de Reclus, on doit entendre une forme clinique nettement différenciée d'inflammation chronique dont les principaux caractères sont : l'extension et la dureté de la tuméfaction, son évolution torpide, sa tendance à la résolution ou plus souvent à la suppuration en petits foyers séparés.

2° Le phlegmon ligneux s'observe dans tous les points du corps, mais surtout dans la région du cou et à la paroi abdominale.

3° Il y a des phlegmons ligneux spontanés, survenant à la suite d'une affection locale ou sans cause apparente; il y a des phlegmons ligneux postopératoires se développant au niveau d'une région chirurgicalement infectée.

4° Le phlegmon ligneux peut être causé par de nombreux germes banaux, mais il doit ses caractères spéciaux à ce que, le plus souvent, ces germes ont une

virulence atténuée et évoluent sur un organisme affaibli.

5° Le phlegmon ligneux doit être différencié avec soin des tumeurs épithéliales malignes et des mycoses, affections auxquelles il peut ressembler de très près.

6° Le phlegmon ligneux se termine à peu près constamment par la guérison à la suite d'un traitement simple constitué par l'application de pansements humides et l'incision des foyers suppurés.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu : *Le Président*,
HARTMANN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Batsère (S). — *Du phlegmon ligneux du cou.* Thèse de Paris. 1894-95. n° 249.

Betagh (G). — *Due casi di flemmone ligneo.* Policlinico. — Sezione pratica. 1904. t. 11. n° 32. 6 Août. p. 991-998. (Messina).

Betscher (G). — *Zur Geschichte eines Falles von Holzphlegmone.* — Zeitschrift f. Fleisch und Milchhygiène. 1905-Bd 15-p. 209-210 (Berlin).

Bœnningshausen (F. von). *Ein Fall von Holzphlegmone.* Deutsche med. Woch. 1906. 1. n° 9. 1er Mars. p. 350.

Braat (H) *Zoogenaand phlegmon ligneux met Keelcomplicaties.* Nederlandsch Tijdchrift voor Geneeskunde. 1908. 1. A. p. 492-494.

Capasso (P). *Il flemmone ligneo.* Riforma medica. 1909. t. 25. n° 26. 28 Juin p. 707-715.

Castan (A). *Phlegmon ligneux du cou.* Archives médicales de Toulouse. 1903. t. 9. p. 370-379.

Cortes (A de) *Sul flemmone ligneo di Reclus.* Bollettino della Clin. Milano. 1909. t. 26. p. 261-272.

Delbet (P). et Chevassu (M). — *Art. Phelgmons chroniques et ligneux.* in Nouveau traité de Chirurgie t. 1. 1907. p. 287-290

Elkeles. — *Stellt einen Fall von Holzphlegmone.* Verein Posener Aerzte in : Vereinsbeilage d. deutsch. med. Woch. 1901. n° 38. 7 Nov. p. 279.

Fichtner. — *Ueber leichte Formen der Holzphlegmone.* Münchener med. Woch. 1905. 52. 2. p 1678-1680.

Fredet. — *Nouveau Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet (paraitra dans l'année).

Giuliano (E). — *Contributo al flemmone ligneo postoperativo.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche. 1905. t 26. 1. N° 61. 21 Mai. p 636-637.

Le Dentu. — *Nouveau dictionnaire de méd. et de chir. pratique.* Dict Jaccoud. Art. Phlegmon (Phlegmon chronique de cause mal déterminée) 1879. t 27. p. 146.

Jeney. — *Demonstriert einen Fall von holzharter Entzündung des Bindegewebes.* (Phlegmon ligneux de Reclus)Wissenchaftliches Verein des Militarazt der garnison Wien. 22 Mars 1902. Der Militararzt. 1902. n° 17-18. t. 36.12 Sept. p. 143-144.

Kantorovitch A. V. — *Prakt Vratch* 1903. 2. p. 399.

Kouyoumdjian. — *Le phlegmon ligneux du cou.* Thèse Paris. 1902-1903. n° 240.

Krause (L). — *Uber holzharte Entzündung des Bindgewebes.* (Phlegm. lign. de Reclus). Centralblatt für Clin. 1899. Bd. 26. n° 17. p. 505-510.

Kudriashoff. — *Russk. Vratch.* 1902. 2. n° 45. p. 1637-1638.

Kusnetzoff. (M. M.) — *Ueber die Holzphlegmonen des Halses.* (Reclus). Archiv. f. Klinische Chir. (Langenbeck) 1899. Bd. 58. Hft 3. p. 455-469.

Lang. (H). — *Ein weiterer Fall von sog. Holzphlegmone.* Inaug. Dissertation. Würzburg 1904.

Legueu (F). *Phlegmon ligneux de la cavité de Retzius.* 13e Congrès de l'Association française d'Urologie. Presse médicale 1909. n° 87. 30 Oct. p. 769.

Lejars (F). — *Le phlegmon ligneux.* Semaine médicale 1905. t. 25. n° 5. 1 Février. p. 52-53.

Marion (G). — *Le phlegmon ligneux du cou.* Arch. générales de Médecine. 1903. t. 191. p. 217-225.

Marsoo (F). — *Du phlegmon ligneux du cou.* Thèse Paris. 1901 1902. T. 34 n° 61.

Martinoff (A). — *O derevian istom vospalenü Klietchatki.* (Phlegmon ligneux de Reclus). Kirurgia 1901. t. 9. n° 54 p. 639-654.

Merkel (H). — *Erlangen. Zur Kenntnis der sogenannten Holzphlegmone.* Zentralblatt f. Chirurg. 1904. Bd. 2 n° 48. 3 Déc. p. 1377-1381.

Monod (Ch). — *Phlegmon ligneux du cou.* Bull et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris. 1896. t. 22. 3 Juin. p. 458-459.

Moure (P) — *Revue Hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.* Bordeaux. 1911. n° 28. 15 juillet. p.65-73

Mühsam. — *Ueber Holzphlegmone.* Freie Vereinigung der Chirurgen. Berlin. Deutsche medizinische Wochenschrift. 1901. n° 5. 31 janvier. p. 65-67.
et Vereinsbeilage d. deutsch. med. Woch. 1901. n° 9. 28 Fév. p. 68.

Muller (H.) et Desgouttes. — *Phlegmon ligneux chronique de la cavité de Retzius.* Lyon médical. 1907. t. 108. n° 17. 28 Avril. p. 813-817.

Narich (J). — *Du phlegmon ligneux.* Thèse Montpellier. 1904-1905. n° 1.

Nazzari (A). — *Cancro e flemmone ligneo.* Dagli asti della Societa italiano di Patologia. Boll. d. r. Acad. Med. di Roma. Pavia 1907. t. 33. p. 272-276.
Dagli auto riassunti. 1908. t. 6. n° 1. p. 15-16.
Clinica chirurgica 1908. t. 16. 2. p. 1214.

Orloff (V). — *O Khroniches Kikh flegmonakh schei Kirurgia* Kirurgia 1898. t. IV. p. 232.

Parmentier. (M). — *Le phlegmon ligneux.* Progrès médical belge. 1905. 7. 1 Sept. p. 129-132.

Paukstat. — *Allenstein. Beitrag zur Lehre der holzharten Entzündung des Bindgewebes.* Holzphlegmone. Deutsche militararztliche Zeitschrift. 1905 Bd. 34. Hft 9. p. 516-519.

Prax. — *Deux cas de phlegmon ligneux.* Toulouse médical. 1903. t. 5. n° 25. 31 Déc. p. 295-298.

Reclus (P). *Des phlegmons ligneux de la région cervicale.* Gazette des hopitaux. 1893. n° 88. 3 Août. p. 833-835.

Sur une nouvelle variété du phlegmon chronique du cou. Médecine moderne. 1893. t. IV. p. 914-915.

Phlegmon ligneux du cou. Cliniques Chirurgicales de la Pitié 1894. p. 140-149.

Phlegmon ligneux du cou. Soc. de Chirurgie. 27 Mai 1896. p. 451-453.

Phlegmon ligneux du cou. Revue de Chirurgie. 1896. p. 522-531.

Rognetta. — *Du phlegmon large du cou et de son traitement* Bulletin général de thérapeutique médico-chirurgicale. 1833. t. 5. p. 271-273.

Roure (B). — *Du phlegmon ligneux chronique.* Thèse de Lyon. 1907-1908. n° 75.

Saussié (J). — *Contribution à l'étude des phlegmons de la paroi abdominale. Le phlegmon ligneux.* Thèse de Paris. 1903-1904. n° 102.

Schmincke (A) — *Mitteilung eines Falles von sogenannten Holzphlegmone* Münchener med. Wochenschrift. 1904. S 1. 1. p. 634.

Zur Frage der Holzphlegmone. (Phlegmon ligneux du cou. Reclus). Zentralblatt für Chir, 1905. Bd. 1. n° 1. p. 5-7.

Sicard, Gougerot et Gy. *Phlegmon ligneux cervico-scapulo-huméral gauche à staphylocoque doré.* Bull. et Mém. de la Soc. Med. des hôpitaux de Paris 1909. 5 Fév. t.27.p.195-204

Sick (P). — *Die Holzphlegmone.* Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1905. t. 77. p. 311-317.

Sobolewsky (G V). *Derevianistaïa phlegmona deï Reclus.* Protok zasaïd. Kavkarzsk. med. Obsh Fiflis. 1905-06. n° 1. 3 Mai. p. 11-13.

Sottis (A). — *Contributo al flemmone ligneo.* Rivista medica. Periodico mensile d'igiène, medicina e terapia della casa F. Bisleri. 1908. Febbraio. p. 21-23.

Soubeyran (P) et Riche. — *Phlegmon ligneux du cou.* Montpellier médical. 1904. t. 19. p. 443-444.

Stockum (Van). — *Rotterdam. Sur le phlegmon ligneux* 13e Congrès de Chirurgie. 1899. p. 618-621.

Suchy (S). — *Ueber eigenartig verlaufenden Fall von Halsphlegmone.* (Holzphlegmone ?) Wiener med. Woch. 1906 Bd. 56. p. 1685-1689.

Uhde. — *Brandige Zellgewebsverhartung am Halse.* Deutsche Klinik. 1854. Bd. 6. p. 44-45.

Vossenaar (A. H). — *Ongevallen Genceskunde, trauma en tumor, tevens een bijdrage tot de Kennis van de « Phlegmon ligneux du cou »* (Reclus). Medische Revue. Haarlem 1907. 4e Aflev. April. p. 270-278.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

INTRODUCTION 11

HISTORIQUE 14

PHLEGMONS LIGNEUX DU COU 17

PHLEGMONS LIGNEUX EXTRACERVICAUX SPONTANÉS 33

PHLEGMONS LIGNEUX POSTOPÉRATOIRES 39

OBSERVATIONS DISCUTABLES 42

PATHOGÉNIE 44

OBSERVATIONS

Phlegmons ligneux du cou 50

Cancers et actinomycose ayant simulé le phlegmon ligneux 133

Phlegmons ligneux extracervicaux spontanés 141

Plegmons ligneux postopératoires 159

Observations discutables 175

CONCLUSIONS 193

BIBLIOGRAPHIE 195